Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Marburg
(Direktor: Prof. Dr. med. H. Jacob)

Klinische Untersuchungen über die Umweltsituation der Patienten einer psychiatrisch- neurologischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung psychosomatischer Störungssyndrome

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Monika Feigenspan
aus Aurich

Marburg 1969

Fotodruck: Erich Mauersberger, Marburg

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Marburg
(Direktor: Prof. Dr. med. H. Jacob)

Klinische Untersuchungen über die Umweltsituation der Patienten einer psychiatrisch- neurologischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung psychosomatischer Störungssyndrome

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Monika Feigenspan

aus Aurich

Marburg 1969

Fotodruck: Erich Mauersberger, Marburg

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg am 30. Januar 1969
gedruckt mit Genehmigung der Fakultät
Dekan: Prof. Dr. med. W. Straub
Referent: Prof. Dr. med. U. Spiegelberg
Correferent: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Ehrhardt

Gliederung

I. Einleitende Bemerkungen S. 1-8

1. Darstellung der verschiedenen Umweltfaktoren S. 1
2. Definition und Problemstellung S. 7

II. Literaturreferat S. 8-20

1. Psychosen und Umwelteinflüsse S. 10
2. Neurosen und Umwelteinflüsse S. 13
3. Psychosomatische Krankheiten und Umwelteinflüsse S. 15
4. Einfluß von Krieg, Flucht und sozialer Klasse auf Neurosen, Psychosen und psychosomatische Krankheiten S. 17

III. Eigene Untersuchungen S. 20-61

1. Methode und Material S. 20
2. Zahlenmäßige Ergebnisse S. 29
3. Einzelbeobachtungen S. 42

IV. Diskussion S. 66-72

V. Zusammenfassung S. 72-74

VI. Literaturverzeichnis

Einleitende Bemerkungen

Vom ersten Lebenstage an ist der Mensch in einen Lebensraum gestellt, der naturhafte, personale und rein soziologische Bildungen und Einflüsse enthält - wie Klima, Landschaft und menschliche Umgebung. Seinem Herden- und Gesellungstrieb nach ist der Mensch ein soziales Wesen (JORES). Da er aus einer Gemeinschaft Nutzen zieht und seine Persönlichkeit durch die mitmenschlichen Beziehungen geprägt wird, ist er verpflichtet, die notwendigen Aufgaben zu erfüllen, die der Gemeinschaftserhaltung dienen; " die Spannungen zwischen sich und der Umwelt zu lösen, den Gegensatz zwischen anderen und der Umwelt zu entschärfen und die zwischenmenschlichen Beziehungen aufrechtzuerhalten" (BIRNBAUM). Eine starke Persönlichkeit wird dazu neigen, ihre Umweltbedingungen zu ändern, während eine labile sich der Umwelt unterwirft. JORES schreibt, der Mensch komme im Gegensatz zum Tier "unfertig" zur Welt, er müsse durch Nachahmung lernen zu sprechen, zu laufen und zu handeln - darin bestehe seine Abhängigkeit von anderen Menschen. In den ersten Lebensjahren stellen die Eltern und die häusliche Umgebung die Umwelt dar. Die natürliche Lebensgemeinschaft von Eltern und Geschwistern übt einen wesentlichen Einfluß auf die Entwicklung des Kindes aus. Eine gestörte Ehe der Eltern, Verlust eines Elternteiles in den ersten sechs Lebensjahren, Berufstätigkeit der Mutter, Alter der Eltern bei der Geburt - diesen Faktoren mißt man bei der kindlichen Entwicklung Bedeutung bei. Seit FREUD, der als erster den ursächlichen Zusammenhang von Fehlprägungen und Fehlentwicklungen in den frühen Lebensjahren bewies, hat die Diskussion über dieses Thema nicht aufgehört. So hat DÜHRSSEN kürzlich eine entsprechende Untersuchung an neurotischen Kindern und einer Vergleichsgruppe normaler schulpflichtiger Kinder angestellt und signifikante Unterschiede gefunden.

Im Folgenden seien die wichtigsten Umweltfaktoren dargestellt, die die Persönlichkeit des Menschen beeinflussen, und die Veränderungen, die die gesellschaftliche Umstrukturierung in den letzten Jahrzehnten mit sich brachte.

Der Familie kommt eine besondere Bedeutung zu, stellt sie doch gerade für die nicht berufstätige Frau den Lebensinhalt dar. Die familiäre Gemeinschaft im Sinne PESTALOZZIs hat heute ihre Gültigkeit verloren. BALLY schreibt, das Bild "des gütig herrschenden Vaters und der am Herde züchtig waltenden Mutter, unter deren Obhut eine zahlreiche, fleißige und gehorsame Kinderschar heranwächst", sei unwirklich geworden. Niedrige Kinderzahl, häufige Ehescheidungen und der Unwille,für hilfebedürftige Angehörige zu sorgen, scheinen einen moralischen Zerfall anzudeuten. KÖNIG sieht die moralische Krise darin, daß die der alten Familientradition entsprechenden Gesetze heute ihre Gültigkeit verloren haben. Die Familie hat heute keinerlei Einfluß mehr auf Politik und Macht. Verbände und Organisationen haben ihr diese Aufgabe abgenommen. Die Erziehung der Kinder hat die Schule weitgehend übernommen, die Sorge für die älteren Familienmitglieder überläßt man gerne dem Staat in der Fürsorge. Der Mann steht am Arbeitsplatz der meist unverheirateten Frau gegenüber, was zu familiären Spannungen führen kann. Je differenzierter die Arbeit, um so mehr fühlt er sich zu den Mitarbeitern hingezogen; ebenso wie die Kinder, denen sich in der Schule Sachgebiete eröffnen, die sie zu Hause nicht erfahren, so daß sie mehr mit den auf gleichem Bildungsniveau stehenden Mitschülern verbindet als mit dem Spezialistentum des berufstätigen Vaters oder dem Hausfrauenalltag der Mutter. Die Mutter sieht sich zur Haushälterin der Familie erniedrigt, so daß von einem Zusammenhalt der Familie oder einem Rückhalt in der Familie keine Rede mehr sein kann. BALLY sieht dieses Problem sicher richtig, wenn er sagt, daß der soziale

Aufstieg heute durch eine erfolgreich abgeschlossene Schulbildung und die Unabhängigkeit von der Familie bestimmt wird. Früher sei sozialer und wirtschaftlicher Erfolg durch die familiäre Prägung und Unterstützung gewährleistet gewesen, während die väterliche Autorität heute wohl auf die Erziehung wirke, aber in geistiger und materieller Hinsicht kein Vorbild mehr sein könne.

In der Ehe haben sich ebenfalls Strukturverschiebungen eingestellt. Die Kriegsverhältnisse bedingten einen Rollenwechsel zwischen Mann und Frau, der durch die notwendige finanzielle Mithilfe der Frau in den ersten Nachkriegsjahren nicht rückgängig gemacht wurde. Heute werden Ehen sehr früh geschlossen, und die vermehrte Scheidungshäufigkeit macht deutlich, daß die "Liebesehe" einer "Probeehe" gewichen ist, die grundsätzlich scheidbar ist. Diese Prüfung blieb der auf Tradition gründenden Ehe erspart. Die Diskrepanz zwischen damaliger und heutiger Auffassung von Ehe und Partnerschaft mag die folgende Meinung HOFSTÄTTERs wiedergeben: er hält die Einstellung von der "Probeehe" im Rahmen einer individualistischen Gesellschaft für konsequent und moralisch, ein Zusammenleben ohne Liebe unterscheide sich nicht von der Prostitution. Da heute Kirche, Staat oder öffentliche Meinung kaum auf Fortsetzung der "Probeehe" bestehen würden, halte lediglich das Kind die Ehepartner davon ab, von Abenteuer zu Abenteuer zu gehen.

Eine andere, wesentliche Komponente der Umweltfaktoren stellt der Beruf dar, der zeitlich die Hälfte des Lebens umfaßt. Dem Ledigen kann er Ersatz für die Familie sein; nach Loslösung des Jugendlichen von den Eltern muß er sich hier mit einer neuen Umwelt auseinandersetzen. Erschwert wird das Verhältnis zu dieser Umgebung durch die Neigung, in jedem Kollegen einen unerwünschten Rivalen und ein Hindernis im sozialen Aufstieg zu sehen. SZONDI hält den Beruf für "ein Feld zur Befriedigung, Ableitung, Sozialisierung und Veredelung der Triebbedürfnisse,

die in den Schichten des tiefen Trieberlebnisses sichtbar sind." Der Beruf bestimmt das soziale Ansehen und beeinflußt die Lebensgewohnheiten des Menschen.

So münden Faktoren wie Familie, Ehe, Beruf, häusliche Umgebung, Wohnung und wirtschaftliche Situation in den Begriff Umwelt ein; es ist das Verdienst der Sozialmedizin gewesen, eine Beziehung zwischen Umweltsituation und Krankheit aufgestellt zu haben. STRAUSS weist auf zwei grundsätzliche Richtungen soziologisch- medizinischer Forschung hin: "sociology in medicine", die die Epidemiologie, soziale Folgen und soziokulturelle Strukturen der Krankheit zum Thema hat, und "sociology of medicine", die die innere Struktur und Organisation der Medizin behandelt. Die Untersuchungen aus sozialmedizinischer Fragestellung von HOFSTÄTTER, HOLLMANN, PFLANZ, VON UEXKÜLL und in den USA von FARIS, FRUMKIN, HOLLINGSHEAD, REDLICH, ROSE haben Bedeutung erlangt. Mediziner und Soziologen sehen den Menschen in der Wechselwirkung von Beziehungen, die außerhalb von ihm stehen. Der Mediziner ist interessiert an dem Ergebnis dieser Beziehung, der Soziologe an der Struktur der Umweltgegebenheiten. Die soziale Medizin wehrt sich gegen die biologisch- naturwissenschaftliche Vorstellung, die die Verhaltensformen und körperlichen Reaktionen des Menschen in einer angeborenen Anlage bestimmt sieht. "Der Mensch ist ein homo socialis, ein Lebewesen, das von der Natur im Hinblick auf seine Beziehung zur Gemeinschaft angelegt ist und auf diese angewiesen ist, um leben zu können. Ebenso wie ein Mangel an Sauerstoff zur Krankheit führen kann, so tut es die Störung oder der Verlust der Gemeinschaft." (VON UEXKÜLL) Mit der Sozialmedizin entstand die Sozialpsychiatrie, die zu erforschen sucht, ob Zusammenhänge zwischen Psychose, Neurose und sozialer Situation bestehen. Ebenso bemüht sie sich um die Rehabilitierung des Geisteskranken und versucht, ihn der Gemeinschaft nicht zu entfremden. Der Kranke soll in der Gesellschaft tragbar sein, denn eine Ent-

fremdung verschlechtert sein Befinden (LÓPEZ IBOR).

VON UEXKÜLL und MITSCHERLICH sprechen von der sozialen Krankheit, deren Symptom es ist, daß sich der Mensch seiner selbst mehr bewußt ist, als er Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe besitzt. Hinzu tritt die mangelnde Fähigkeit, sich auf Änderungen des sozialen Lebensstiles umstellen zu können und nicht in der Abhängigkeit von einem Prinzip zu versteinern. "Soziale Krankheiten sind Verhaltensformen der Gesellschaft, durch die im einzelnen Mitglied Gefühlserregungen bewußt und unbewußt erweckt und unterdrückt werden, aber in einer Weise, die den affektiven Spannungen keine ausreichenden rhythmischen Entspannungsmöglichkeiten gewährt" (MITSCHERLICH).

Hier liegt die Verbindung zur psychoanalytischen Richtung der psychosomatischen Forschung, die davon ausgeht, daß der Mensch Spannungen dauernd unterdrücken muß - Spannungen, die sich durch die Auseinandersetzung seiner triebhaften Innenwelt mit der Umweltsituation notwendigerweise ergeben müssen, wenn er in der Gesellschaft leben will. Wenn diese Spannung nicht kompensiert werden kann, führt die resultierende Dauerspannung zur Funktionsbeeinträchtigung der Organe. Speziell HALLIDAY hat den soziologischen Faktor in die psychosomatische Medizin eingeführt, als er vom Begriff "psychosocial disease" sprach. Er macht die veränderten sozialen und kulturellen Lebensbedingungen für die Zunahme psychosomatischer Störungen verantwortlich. Die allgemeine Tendenz, vom Lande in die Stadt abzuwandern, sei mit einer Entwurzelung verbunden gewesen. HALLIDAY sieht eine allgemeine Neigung,"die Dinge laufen zu lassen", eine Einstellung, die die Perioden der Arbeitslosigkeit, das Streben nach Sicherheit für den Augenblick und den Verlust einer religiösen Bindung mit sich gebracht hätten.

Das gesamte Leben des Menschen spielt sich ab unter dem Einfluß der Umwelt und in der Auseinandersetzung mit ihr. Während die klassische FREUD'sche Psychoanalyse die

Konflikte in der Kindheit und deren krankmachenden Einfluß betonte, postuliert ALEXANDER zusätzlich, daß auch im späteren Leben viele chronische Störungen nicht allein durch chemische oder mechanische Faktoren verursacht würden, sondern auch durch die dauernden funktionellen Belastungen, die sich aus dem Dasein ergeben. Die Konflikte, die die Grundlage der Psychoneurose und bestimmter funktioneller und organischer Störungen bilden, entspringen aus der Auseinandersetzung mit der Umwelt. ALEXANDER und seine Schule machen Furcht, Aggression, Angst, versagte Wünsche für die Entstehung von Spannungen verantwortlich, die zu funktionellen und organischen Störungen führen können. Zu diesen soziogen und psychogen beeinflußbaren Erkrankungen zählt er : Ulcus ventriculi et duodeni, Colitis ulzerosa, Hyperthyreose, essentielle Hypertonie, Asthma bronchiale, Adipositas und Anorexia nervosa sowie Urticaria, Neurodermitis und Ekzeme.

Seitdem um die Jahrhundertwende PAWLOW in der UDSSR und CANNON in den USA auf die Abhängigkeit physiologischer Körpervorgänge von seelischen Erregungsabläufen hinwiesen, ist die Diskussion um dieses Thema nicht verstummt. SELYE entwickelte die Theorie des "General- Adaptation-Syndrome", in der er die Bedeutung von Stress-Situationen, zu denen er auch psychogene und soziogene Faktoren zählt, und deren Beantwortung durch das sympathische Nervensystem sowie auf hormonalem Wege über das Hypophysen-Nebennierenrinden-System betont. Hier zeigt sich eine Möglichkeit, wie soziale Konflikte eine Erschöpfung der Abwehrmechanismen des Organismus bedingen und damit zur Krankheit führen können. Die Psychosomatik und die Psychoanalyse haben wesentliche Beiträge zur Klärung dieser wichtigen, im einzelnen noch über weite Strecken unbekannten Vorgänge geliefert.

Definition und Problemstellung

Wenn wir von der Konfliktsituation sprechen, die sich aus dem Umgang mit anderen Menschen ergibt, so müßte bei Ausschaltung aller störenden Faktoren - einem Einzelgängertum mit völliger Unabhängigkeit - der Mensch von jeder psychischen Störung frei sein. Hier stimmen wir nicht mit STÄRCKE überein, der der Überzeugung ist, " ein Robinson kenne keine Krankheit." In der Isolation leidet der Mensch ebenso wie unter der Umweltsituation, Tatsachen, die durch Ausdrücke wie äußere Vereinsamung und Vermassung zu Banalitäten geworden sind. Der Einfluß der Konstitution und des Primärcharakters darf nicht vernachlässigt werden. Alle drei Faktoren - Anlage, Primärpersönlichkeit und Umweltsituation - münden in das ein, was JORES als "spezifisch menschliche Krankheiten" bezeichnet; sie entsprechen dem Unvermögen, die Forderungen nach dem "höchstmöglichen Lebensreichtum" zu erfüllen und in der Umwelt im ständigen Konflikt zu leben - es ist das "Ek-sistent Sein", von dem BOSS spricht, "dessen Einmaligkeit jedoch das Mitsein mit anderen Menschen wesensmäßig miteinschließt."

Im Übereinstimmung mit JORES, MITSCHERLICH, PETRILOWITSCH, SPIEGELBERG und VON UEXKÜLL sehen wir die Krankheitsentstehung nicht durch eine schädliche Umweltsituation allein begründet, fordern jedoch bei jedem Patienten eine genaue Aufnahme biographischer Daten, um den Hintergrund erkennen zu können, vor dem sich die Krankheit abspielt. In unserer Untersuchung entsprechen wir einer Forderung VON UEXKÜLL's, bei einer beliebigen Anzahl von Patienten zu untersuchen, ob bei bestimmten Krankheiten ähnliche soziale Verhältnisse vorliegen. Wir setzen uns mit der Frage auseinander, ob es bei entsprechender Disposition des Patienten ein soziales Moment gibt, das für den Ausbruch einer Krankheit bedeut-

sam sei . PETRILOWITSCH spricht vom Zusammenspiel endogen- morbogener, charakterogener und psychosoziogener Faktoren bei der Enstehung von Krankheiten. SPIEGELBERG stimmt ihm zu und fordert für das Gebiet von Psychosen, Neurosen und psychosomatischen Krankheiten, "genetische Forschung und pharmakologische Erfahrungen zu berücksichtigen und die Fortsetzung psychoanalytischer Bemühungen durch medizinisch- soziologische Methoden zu ergänzen, ohne neurogene und endogen- biologische pathogenetische Relais zu vernachlässigen." Unsere Untersuchungen sollen einen Beitrag zu der Frage leisten, ob sich für bestimmte Krankheiten typische soziologische Strukturen ergeben und ob und in welchem Ausmaß soziogene Konfliktsituationen einen Einfluß auf das Krankheitsgeschehen bei Psychosen, Neurosen und psychosomatischen Krankheiten nehmen.

Allgemeiner Literaturabriß

Im Folgenden wollen wir einen Überblick über die Literatur geben, die sich mit der Umwelt als ätiologischem Faktor befaßt. CANNON beschreibt als erster den "Voodoo-death" der Eingeborenen, die nach Verstoß gegen bestimmte Gesetze aus der Gemeinschaft ausgestoßen werden und wenige Tage später ad exitum kommen. Eine genaue Untersuchung ließ Vergiftung oder Mord ausschließen. CANNON nimmt als Todesursache eine durch Angst herbeigeführte maximale Erregung des Sympathikus an, während RICHTER den akuten Verfall in Lethargie für den Tod verantwortlich macht. Ähnliche Fälle werden von STOKVIS beschrieben. Die Autoren sind sich darüber einig, daß es ein psychologisches Moment des Todes geben muß. Widrige Lebensumstände und soziogene Konflikte sind nur dann zu überwinden, wenn die Hoffnung besteht, eines Tages wieder einer Beschäftigung nachgehen zu können und einen eigenen Teil zur Gestaltung des

Gemeinschaftslebens beitragen zu können.

JORES und PUCHTA haben eine Studie über den Pensionierungstod veröffentlicht. Sie vergleichen die durchschnittliche Sterbeziffer der Hamburger Bevölkerung jenseits des 65. Lebensjahres , die der rechtzeitig pensionierten Beamten und die der frühzeitig aus politischen Gründen entlassenen Beamten. Während die Mortalität nach der Hamburger Sterbetafel vom 65.- 70. Lebensjahr einen langsamen, kontinuierlichen Anstieg zeigt, liegen die Todesziffern für die Beamten im 65. Lebensjahr weit über dem zu erwartenden Durchschnitt. Die Lebenserwartung der vorzeitig entlassenen Beamten betrug nur 3,9 Jahre im Vergleich zu den regelrecht pensionierten Beamten, die eine Lebenserwartung von 6,5 Jahren hatten. Für die frühzeitig pensionierten Beamten ist der Verlust des Berufes mit einem Verlust persönlicher Achtung verbunden, und dies führt zu einem Desinteresse am Leben. Ebenso gerät der mit dem 65. Lebensjahr pensionierte Beamte in eine stärkere Abkapselung von der Umwelt, einschließlich der eigenen Familie, wenn ihm nicht rechtzeitig eine Neugestaltung seines Lebens gelingt. STAUDER hat einige Fälle beschrieben, die mit schweren Depressionen einhergingen. Er spricht dabei von Pensionierungsbankrott. Bei den Frauen gab es keine so auffälligen Korrelationen - hat der Beruf für eine Frau doch nie die gleiche Bedeutung wie für einen Mann.

Nach CLARK wird die Berufswahl nach konstitutioneller Verschiedenheit, allgemeiner Intelligenz, sozialer Anpassungsfähigkeit, Persönlichkeit, Bildung, kulturellem Hintergrund, sozialer Klasse und Beruf des Vaters getroffen. Hieraus mag klar werden, welche Probleme der Beruf beinhaltet,welchen Einfluß er auf den Gesundheitszustand des Menschen nehmen kann. Je kürzer die Arbeitszeit wird, um so mehr freie Zeit hat der Mensch, mit der er nichts anzufangen weiß. Sein unerfülltes Antriebsleben führt zu aggressiven Durchbrüchen, die sich in persönlicher Unverträglichkeit, in Massenpsychosen und Angstzuständen äußern.

Psychosen und Umwelteinflüsse

SCHULTZ- HENCKE, KÜTEMEYER sowie BENEDETTI sehen die Psychosen als "letzten und schwersten Grad einer Unangepaßtheit an das Leben und ein Zurück in die Welt des Unwirklichen und der Bilder." Sie entstehen aus in früher Kindheit erworbenen Gehemmtheiten, die in "Versuchungs- und Versagungssituationen" (SCHULTZ- HENCKE) bewußt oder unbewußt zum Ausdruck kommen. Die Psychose ist somit für SCHULTZ- HENCKE eine abnorme Erlebnisreaktion und stark umweltabhängig. Erst in der Geisteskrankheit erlösche der hemmende Einfluß der Umwelt, die Expansion breche los und überschwemme das Bewußtsein, der Kranke beginne zu toben. Er sei radikal furchtlos geworden und überlasse sich einer völligen äußeren Versagung.

In der Literatur finden wir Meinungsverschiedenheiten der Autoren bei der Auffassung von reaktiven und endogenen Psychosen: LANGE meint, bei der reaktiven Depression erfolge der Krankheitsbeginn im Anschluß an ein Ereignis, das sich im Krankheitsbild widerspiegele, während die endogene Depression zwar psychisch provoziert sei und in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Ereignis stehen könne, inhaltlich aber nicht darauf hinweise. In Übereinstimmung mit SCHNEIDER wendet sich WEITBRECHT gegen eine "Psychologisierung" der endogenen Depression. Sie sei keine abnorme Erlebnisreaktion und dürfe ihrem Wesen nach keine Ursache haben. Er ist von der Endogenität der Psychosen überzeugt, wenn er auch ein Ereignis als auslösendes Moment mit in Betracht zieht. Nicht nur bei abnormen Charakteren komme es zu Krisen zwischen Persönlichkeit und Umwelt, vielmehr lasse ein Fehlen dieser Krisen auf ein abnormes Erleben schließen. Er wirft die Frage auf, ob eine Krise nicht Vorbote einer Psychose sein könne, und erläutert dieses am Beispiel eines Sektierers, der durch den schwindenden Halt und Kontakt zu seiner Umwelt in die Sekte getrieben werde. Er neigt dazu,

den Begriff endogen "etwas elastischer" zu fassen- endogen bedeute weder nicht zu beeinflussende Schicksalshaftigkeit hoch eine völlige Ablehnung reaktiver Faktoren. Das Zusammenspiel endogener und reaktiver Momente bezeichnet WEITBRECHT als "endo- reaktive Dysthymien".

MÜLLER- FAHLBUSCH spricht vom eigenen Gesetz der Depression und dem ihr eigenen Verlauf. Bei seinen Beobachtungen an Depressiven nach Wohnungswechsel ließ sich die Depression nicht durch eine Rückführung in die alten Lebensgewohnheiten heilen. Er folgert, man könne aus dem Erleben des Patienten ein Ereignis nicht auslöschen; im Fall der genau zeitlich zu beobachtenden Umzugsdepression könne sich der Patient in eine neue Umgebung nicht einfügen. Der Depressive lebe in einer bestimmten Ordnung und halte an ihr fest, er gewöhne sich nur mit Schwierigkeiten an eine neue. TELLENBACH bezeichnet diese Persönlichkeitsstruktur als "Typus melancholicus" und rechnet die Umzugsdepression, ebenso wie die Erschöpfungs- (KIELHOLZ), Entwurzelungs- (BÜRGER- PRINZ) und Entlastungsdepression (SCHULTE) zu den "Diskordanzmelancholien" und entspricht damit WEITBRECHTs endo- reaktiven Dysthymien. Den Patienten der Erschöpfungsdepressionen fehlt der Sinn für das Ökonomische, sie nehmen Belastungen auf sich, denen sie nicht gewachsen sind. Der reaktive Beginn einer Entwurzelungsdepression macht ihre Abhängigkeit von der Umwelt deutlich. BÜRGER- PRINZ glaubt, daß das Massenunglück schwerer zu ertragen sei als die Katastrophe, die den Einzelnen treffe. Er ordnet Gruppenkontakt und Umweltverhaftung einen entscheidenden Einfluß zu. Das Bewußtsein einer ausweglosen Situation rufe Angst, Handlungshemmung und Verstimmung hervor. Im Gegensatz zu SCHULTZ- HENCKE sieht BÜRGER- PRINZ einen entscheidenden Unterschied zwischen Psychose und Neurose; der Psychotiker erlebe die Ausweglosigkeit einer Situation, die objektiv auch gegeben sei und nicht nur subjektiv wie beim Zwangskranken. Das Schuldgefühl habe eine viel tiefere, der Persönlichkeit näherliegende Ursache

als die der Zwangsvorgänge beim Neurotiker. Er ist, ebenso wie KORNHUBER, LANGE, MAUZ, MÜLLER- FAHLBUSCH und PAULEIKHOFF, der Überzeugung, daß bei einem phasenhaften Verlauf der Krankheit die erste Phase meist psycho- soziogen ausgelöst ist. Es ist auffallend, daß die Patienten bei späteren, weitaus belastenderen Situationen nicht erneut erkranken. Die weiteren Phasen sind dann situativ unabhängig.

SCHULTE hat den Begriff der "Entlastungsdepression" geprägt. Er hält den Organismus erst dann für gesund, wenn er sowohl belastungs- als auch entlastungsfähig ist. Eine Belastung könne eine Depression überlagern, die erst nach Wiederherstellung des alten Zustandes zum Ausbruch komme. Ebenso könne eine Entlastung eine unterschwellige Depression manifest werden lassen. MAUZ fand bei "zweimaligen Depressionen" die erste Phase in der Jugend meist reaktiv ausgelöst: Ver- oder Entlobung, Wochenbett, Tod von Angehörigen. Die zweite Phase äußerte sich in einer vitalen Verstimmung, die final oft eine psychogene Zuspitzung erfuhr. Diese psychogenen Faktoren lagen in der Ehesituation - für das Entstehen der Depression waren sie belanglos, am Ende der Depression wirkten sie pathogen verlängernd. Bei den "mehrmaligen Depressionen" fand er die einzelnen Phasen endo- reaktiv gemischt. Ein Nachlassen der Erkrankung jenseits des 40. Lebensjahres sieht er als Bestätigung dafür, daß dem reaktiven Faktor eine größere Bedeutung als dem endogenen zukomme. Das Auftreten einer Manie nach deprimierenden Ereignissen wurde von BLEULER, KRAEPELIN, LANGE und MAUZ beobachtet. In einer Untersuchung an 600 Patienten fand KORNHUBER in 39 Fällen (6,5%) eine psychische Auslösung der Phase, bei einem Patienten sah er eine Manie nach dem Tod eines Angehörigen.

Auch bei der Schizophrenie scheinen reaktive Momente eine Rolle zu spielen. ROSEN, SCHULTZ- HENCKE und BENEDETTI berichten über psychotherapeutische Heilerfolge. Während sich SCHNEIDER heftig gegen diese Auffassung wendet, räumt M. BLEULER einer individuellen Behandlungsmethode eine Möglich-

keit ein. Die schockgeheilten Fälle seien weder nachhaltiger noch gründlicher geheilt als spontan oder mit anderen Methoden gebesserte." Die Hoffnungen haben sich von der körperlichen Behandlung zur Psychotherapie hin verschoben." HAGSPHIL wirft die Frage auf, ob die Auffassung von der Heredität der Schizophrenie Gültigkeit besitze. Ebenso könne sich der schädigende Einfluß psychotischer Eltern oder des ungünstigen Familienmilieus schon sehr früh auf das Kind übertragen und zu der psychischen Fehlentwicklung führen.

Neurosen und Umwelteinflüsse

Bestehen zwischen Neurose, Psychopathie (K. SCHNEIDER), abnormer Persönlichkeit (PETRILOWITSCH) und Gesundem fließende Übergänge? Nur in der Theorie ist es möglich, die Psychopathien von den Neurosen zu unterscheiden. BIRNBAUM meint, das aktuelle psychische Trauma, das der Ausgangspunkt der Neurose ist, habe einen sozialbezogenen Inhalt (Bedrohung oder Verletzung im Bereich der Familie, der Ehe, der Wirtschaft) und finde sich im Krankheitsbild wieder. Auch Angst- und Schuldkomplexe fallen in diesen Bereich, indem sie den Verlust der sozialen Sicherheit widerspiegeln. In Anlehnung an FREUD sieht LÓPEZ IBOR als Ausgangspunkt jeder Neurose die Angst. Das traumatisierende Ereignis ist für ihn immer ein beängstigendes Ereignis, der neurotisierende Konflikt ein Angstkonflikt. Er unterscheidet dabei eine reaktive Angst in der Angstneurose von der vitalen Angst in der "Angstthymose", die er zu den Gemütskrankheiten zählt. Wenn FREUD die Angst als Ursache eines Traumas ansah, so enthüllt bei LÓPEZ IBOR das Trauma die Angst.

Für A. MITSCHERLICH ist die Neurose ein sozialer Protest. Der Neurotiker ahnt eine bessere Wirklichkeit, die ihm verschlossen bleibt. In der westlichen Welt sei durch die veränderte Gesellschaftsstruktur eine Neurosebereitschaft geschaffen worden. Die Neurose sei viel temporärer als die Psychose, und es gebe mehrere Antworten auf eine

Belastung, während sich die Psychose zu jeder Zeit gleich äußere. Nach FRIED bleiben Neurotiker mit anderen Menschen in Verbindung- wenn diese Fähigkeit auch eingeschränkt sein kann. Der Psychotiker weist Persönlichkeitsveränderungen auf, die es ihm unmöglich machen, mitmenschliche Beziehungen aufrechtzuerhalten. DÜHRSSEN unterscheidet neurotische Lebenskrisen von allgemeinmenschlichen Problemen und stellt vier verschiedene Situationen dar: Schicksalsbelastungen äußerer Art, die nur bei speziellem Lebensaufbau zur Krise führen; Situationen, die der Neurotiker aus eigenem Antrieb immer wieder heraufbeschwört; eine Verbesserung der Lebensverhältnisse, die der Neurotiker aufgrund seiner Erlebnisverarbeitung nicht nutzen kann; Lebensveränderungen, die die Entscheidung zwischen zwei Möglichkeiten notwendig machen. Diese Situationen wirken nur als auslösendes Moment, wenn sie auf eine entsprechend veränderte Persönlichkeit treffen. KRETSCHMER neigt dazu, endogen- psychische Faktoren bei der Neuroseentstehung anzunehmen und sieht die von FREUD als wesentlich erkannten frühkindlichen Erlebnisse als erste abnorme Verhaltensweisen einer neurotischen Konstitution. HIRSCHMANN bestätigt diese Ansicht durch eine statistische Untersuchung an Rentengutachten in bezug auf neurotische Störungen. Zu Zeiten äußerst verschiedener wirtschaftlicher Verhältnisse- in den Jahren 1919- 1924, 1935- 1939, 1945- 1949 - fand er bei jeweils 30 % der Patienten psychische Auffälligkeiten. Umweltfaktoren allein- so folgert er - könne keine dominierende Rolle bei der Neurosenentstehung zugestanden werden. Es müssen Faktoren beteiligt sein, die in der Persönlichkeit des Einzelnen zu suchen sind und durch ein Ereignis offenbar werden. Nur chronische soziologische Faktoren- er rechnet dazu "vergebliche Kämpfe im beruflichen Fortkommen, die neurotisierende Wirkung des Eingespanntseins in eine Karriere, die Ehehypochondrie der jüngeren Generation"- können bei genügend langer Dauer selbst beim durchaus widerstandsfähigen Menschen eine Neurose erzeugen.

Psychosomatische Krankheiten und Umwelteinflüsse

Die psychosomatischen Krankheiten können als Organneurosen aufgefaßt werden und sind von Persönlichkeit und Lebenssituation abhängig. ALEXANDER macht eine langdauernde funktionelle Störung für die organische Krankheit verantwortlich. Der Funktionsausfall sei also Ursache und nicht Folge des organischen Leidens. Jede psychosomatische Krankheit entspringe einem spezifischen emotionalen Konflikt: die gehemmte Wut verursache Herz- und Kreislaufkrankheiten (ALEXANDER, CANNON, DUNBAR), verdrängte Anlehnungsbedürfnisse und hilfesuchende Tendenzen äußern sich in Störungen der Ernährungsfunktion (ALEXANDER,KAPP, RUESCH), Krankheiten der Atmungsorgane weisen auf sexuelle Wünsche hin und offenbaren ein gestörtes Mutter- Kind- Verhältnis (VÖLKEL).

BALTRUSCH untersuchte Patienten mit psychosomatischen Affektionen und stellte fest, daß sie sich zu 90 % in einer emotionalen Stress- Situation befanden. Er versteht darunter eine Lebenssituation, die erhöhte Anpassungsbereitschaft oder Belastung erfordert, und unterscheidet den akut einsetzenden Stress, wie materielle Notlage, Lebensgefahr, Tod von Angehörigen, vom chronischen Stress, wie Spannungen innerhalb der Familie, Berufssituationen und Störungen der mitmenschlichen Beziehungen.

Das Ulcus ventriculi et duodeni dient häufig als Ausgangspunkt psychosomatischer Forschungen. GLATZEL sieht die Hauptwurzeln der Ulcuskrankheit in der Lebensgeschichte und der Persönlichkeit des Kranken begründet. "Eine Ulcuskrankheit, ein Ulcusschub tritt auf, wenn Menschen von bestimmter Wesensart und bestimmter Haltung in Konfliktsituationen bestimmter Art geraten." Primärpersönlich schildert er den Ulcuspatienten als empfindlich und gehemmt, mit einem ausgeprägten Geltungs- und Leistungswillen. Er setzt sich Ziele und fordert von sich Leistungen, denen er nicht gewachsen ist; daraus resultiert eine Überforderung, die zu einem Konklikt führt. Bei Männern

entstehen die Konflikte durch mangelnde Anerkennung im Beruf, Frauen sehen sich in Familie und Ehe konfliktreichen Situationen gegenüber.

PFLANZ sieht in seinem Patientengut als Vertreter einer sozialen Schicht, die vergebens nach Anerkennung strebt, den Werkmeister an - er fühle sich nicht mehr zur Klasse der Arbeiter gehörig, wisse aber, nie in die Gruppe der Ingenieure aufgenommen zu werden. Er findet den Ulcuskranken bei Angehörigen sozial tief stehender Schichten und bei Menschen, die aus einer Gemeinschaft ausgeschieden sind und nun versuchen, in einer anderen neue Beziehungen aufzunehmen (Flüchtlinge). Diese Ergebnisse stimmen überein mit Untersuchungen von DAVIES und WILSON, die vor dem Auftreten eines Ulcus beim Patienten einen Wechsel des Arbeitsplatzes beobachteten, der verbunden ist mit einer Gefährdung der wirtschaftlichen Sicherheit sowie einer unsicheren Karriere. SCHWIDDER findet unter den Ulcuskranken "mehrdimensionale Persönlichkeiten", denen in einer strengen Jugend der "Mangel an Nahrung zur notwendigen Tugend" gemacht wurde. Er nimmt die wesentliche Störung in den ersten Lebensjahren an, stimmt jedoch mit GLATZEL überein, daß ständiges Streben die Patienten maßlos mache und sie von ihrer beruflichen Position enttäuscht seien.

SPIEGELBERG betont neurogene und besonders c cyclothyme Faktoren bei der Ätiologie des Ulcus und lehnt für sie, ebenso wie für die Colitis ulcerosa, eine rein psychosoziogene Verursachung ab, denn die "reaktiven Momente sind eins von mehreren Strukturelementen der Ätiologie."

DUNBAR und CONGAR versuchen anhand einer umfassenden Literaturübersicht, typische Persönlickeitsmerkmale für die verschiedenen psychosomatischen Krankheiten herauszuarbeiten und eine Korrelation zu spezifischen Umwelteinflüssen zu finden. So sehen sie, daß zum Beispiel Patienten mit rheumatischen Herzkrankheiten überwiegend aus dem Kleinbürgertum kommen, schlechte Ehen führen und in schlechten ökonomischen Verhältnissen leben.

Gleiche Untersuchungen, wie wir sie für das Ulcus referierten, finden sich in bezug auf andere psychosomatische Krankheiten. Übereinstimmend betonen die Autoren verschiedener Richtungen, den sozialen Momenten sei ein schädigender Einfluß zuzugestehen. Durch Lösung der Konfliktsituationen und Entfernung aus dem Milieu könne ein entscheidender Beitrag zur Heilung dieser Krankheiten geleistet werden.

Einfluß von Krieg, Flucht, Emigration und sozialer Klasse auf Neurosen, Psychosen und psychosomatische Krankheiten

Die Rolle des Krieges, der Vertreibung, der Kriegsgefangenschaft ist von mehreren Autoren erörtert worden. Kriegserlebnisse haben - wie BONHOEFFER aus den Erfahrungen von zwei Weltkriegen schließt- keine auslösende Bedeutung für Psychosen, wenn sie von vielen Menschen in einer Kameradschaft ertragen werden. Demgegenüber steht die Erkenntnis, daß die Einzelhaft, verbunden mit Folterung zur Erpressung eines Geständnisses, zu Halluzinationen führt, deren Inhalt Familienmitglieder sind. Er stellt eine Beziehung auf zwischen exzessivem, affektivem Erleben, körperlicher Qual (Folterung) und Auslösung einer Psychose. Nach Schreckerlebnissen des Krieges sah er hysterische Lähmungen. VON BAEYER sieht ein Ansteigen der Psychosen und Neurosen erst nach dem Kriege, speziell die reaktiven Depressionen nahmen nach 1947 zu. Seinen Untersuchungen nach waren in Nürnberg Psychopathien und abnorme Erlebnisreaktionen zur Angriffszeit weitaus geringer als in der angriffsfreien Zeit. Eine Flucht in die Krankheit hatte keinen Sinn, denn die Krankheit bot keinen Schutz vor weiteren Angriffen. HIRSCHMANN sieht die niedrige Neurosenzahl darin begründet, daß die Menschen bei ihrem reduzierten Allgemeinzustand alle Kräfte gebraucht hätten, um ihre Existenz aufrechtzuerhalten. Momente, die in normaler Zeit zur Neurose geführt hätten,seien nicht pathogen wirk-

sam geworden. STROTZKA untersuchte die Patienten eines Lazarettes während des Krieges und nach der Kapitulation. Im Krieg waren 20 % der Insassen an Psychosen erkrankt, nach dem Kriege waren es 50 %. Die Zahl der Neurosen war zu beiden Zeiten gleich.

JORES weist daraufhin, daß es seinen Patienten - abgesehen von hungerbedingten organischen Leiden - während des Krieges gut gegangen sei. Das Ulcus kam an der Front viel seltener vor als in der Etappe, denn es war dort müßig - so schreibt er - sich nur irgendeinen Gedanken an das Morgen zu machen. ZUTT erinnert daran, daß die Erlebnisse im Krieg besser ertragen worden sind als die "gemeinsame Küche", die als Symbol für die Wohnungsnot in der Nachkriegszeit entstand.

PFISTER- AMENDE untersucht die psychosoziogene Situation der Flüchtlinge. Sie nennt sie "Soziale ohne Sozietät" und nach Erreichen des neuen Landes "Soziale in fremder Sozietät". Bleibt der Flüchtling für längere Zeit von seiner Umwelt abgeschlossen, so kann es, entsprechend der Haftpsychose des Gefangenen, zur Internierungspsychose kommen. Kommen diese Menschen nun in eine neue Umgebung, so müssen sie die neugierige Anteilnahme der Mitmenschen erdulden. Der ersten spontanen Hilfsbereitschaft folgt eine Zeit des Mißtrauens, um dann einem missionarischen Eifer zu weichen, den Flüchtling in die Sitten des neuen Landes zu unterweisen. Er wird mit dem Stempel "Flüchtling" versehen, der ihn immer daran hindern wird, ein gleichwertiges Mitglied der Gesellschaft zu werden. STROTZKA findet eben diese Reaktion bei der österreichischen Bevölkerung nach der Flucht der Ungarn 1956 bestätigt. In der akuten Entwurzelungssituation und in den Sprachschwierigkeiten dieser Bevölkerung sieht er die häufigen paranoiden Psychosen der Ungarn begründet. MURPHY beobachtet bei polnischen Flüchtlingen in Großbritannien eine höhere Ersteinweisungsziffer in psychiatrische Kliniken und höhere Suicidzahlen als bei der Normalbevölkerung. Als Ursache

nimmt er die Verfolgung und die Isolierung im Asylland an.

Ebenfalls Emigranten weisen ein abweichendes psychisches Verhalten auf. ØDEGARD vergleicht die einheimische norwegische und die amerikanische Bevölkerung mit norwegischen Emigranten. Unter den Emigranten fanden sich mehr psychotische Erkrankungen als unter den Amerikanern. Für die Häufigkeit der Schizophrenien unter diesen Kranken sieht er die Ursache in den schwach verwurzelten, schizoiden Typen der Auswanderer. MALZBERG kommt zu dem gleichen Ergebnis unter den Immigranten New Yorks. In der zweiten Generation findet er häufig Psychosen, wenn ein Elternteil einheimisch, der andere eingewandert ist. Außerdem sieht er einen Krankheitsgipfel im 5. Jahr nach der Immigration, besonders bei Frauen. TORRUBIA untersuchte psychische Erkrankungen bei französischen Binnenwanderern. Die Störungen traten nicht unmittelbar nach der Migration auf, sondern erst nach Jahren der Zuwanderung nach Paris. Hier wird der lange und konfliktreiche Anpassungsprozeß deutlich. Männer aus der französischen Provinz erkrankten um 20 % häufiger als Einheimische, bei Männern aus dem Ausland war die Morbiditätsziffer um 300 % höher. Untersuchungen an zugewanderten Dienstmädchen aus der Provinz in die Großstadt ergaben, daß ihre Erkrankungsziffer um 200 % höher lag als die der einheimischen Mädchen, und zwar um so stärker, je größer der soziale Unterschied zum Arbeitgeber war.

RUESCH sowie HALLIDAY weisen auf die Verbindung zwischen psychischer Störung und Klassenzugehörigkeit hin. Die psychosomatischen Krankheiten der Mittelklasse beziehen sie auf die Lebensweise des Mitläufertums dieser Menschen; die Unfälle und traumatischen Leiden der Unterklasse sehen sie in der Abneigung gegenüber ihrer sozialen Umgebung begründet; die Psychoneurosen der Oberklasse verbinden sie mit Traditionen und strengen Ansprüchen. STERN fand 1912 die Schizophrenien auf die Unter-

schicht beschränkt, ein Ergebnis, das BLEULER nicht bestätigen konnte. Er sieht eine gleichmäßige Verteilung auf alle Schichten. DURKHEIM untersucht den sozialen Status der Selbstmörder und findet wenige in den unteren Schichten, da "Armut ein Hindernis in sich selbst ist". In einer bisher in ihrem Umfang noch nicht übertroffenen Studie über "soziale Klassen und psychiatrische Krankheiten" sehen HOLLINGSHEAD und REDLICH ihre Hypothesen von der Abhängigkeit beider Faktoren grundsätzlich bestätigt. Die Häufung der psychiatrischen Erkrankungen ist signifikant auf die Klassenstruktur bezogen: die oberste Klasse der Amerikaner - sehr vermögende Familien - umfaßt 3,1 % der gesamten Bevölkerung und stellt 1,0 % der psychisch Kranken. Auf die letzte Klasse - in Slums wohnende, ungelernte Arbeiter - Gesamtanteil 17,8 %, entfallen 36,8 % der Gemütskrankheiten. Die Arbeiter erkranken häufiger an Psychosen, während auf die wohlhabenden Familien häufiger Neurosen fallen. CLARK findet die niedrigsten Psychoseanteile bei Berufen mit höchstem Prestige und höchstem Einkommen, die meisten Psychosen bei Berufen mit geringem Prestige. FRUMKIN bestätigt in einer Untersuchung aller Erstaufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser im Staate Ohio CLARK's Ergebnisse. Auch entdeckt er eine Abhängigkeit von den Faktoren Einkommen, Prestige und sozialökonomischer Status, die sich im Beruf manifestieren.

Wenn auch die Meinungen der Autoren in Einzelfragen auseinandergehen, so sind sie doch von der Beeinflussung oder Auslösung der Psychosen, Neurosen und psychosomatischen Krankheiten durch Umwelteinflüsse überzeugt. Sowohl Massenschicksale wie Flucht, Krieg und Emigration als auch Einzelschicksale und Konflikte, die sich aus der Persönlichkeit des Individuums und seiner Umwelt ergeben, können zur Krankheit führen, wenn sie auf eine entsprechende psychische Disposition stoßen.

Methode und Material

Die Untersuchungen wurden durchgeführt am Krankengut der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Marburg in den Jahren 1964 - 1967. Unsere Arbeit erfolgt im Rahmen einer Studie über psychosomatische Probleme und ist als Zwischenergebnis zu betrachten. Wir verweisen hier auf die Arbeiten von WELTER, B. ENDERS und W. ENDERS. Zur Erforschung der einzelnen Daten benutzten wir einen Fragebogen, der von BOCHNIK entworfen wurde. Er enthält 79 Fragen und wurde durch 30 Zusatzfragen von SPIEGELBERG ergänzt.x) Die ersten Fragen betreffen die persönlichen Daten des Patienten, die Haupt- und Neben-Diagnose sowie die Therapie. Es folgen spezielle Fragen nach Beginn, Dauer, Schwere und Prognose der Krankheit. 16 Fragen betreffen die Primärpersönlichkeit, 13 Fragen ermitteln die Umweltsituation des Kranken. Hierbei fragten wir nach wirtschaftlicher Lage, beruflichen Problemen und Wohnverhältnissen. Den Zusammenhalt der Familie, das Interesse der Eltern an der Entwicklung ihrer Kinder berücksichtigten wir in der Frage nach der häuslichen Umgebung; zu familiären Problemen rechneten wir Auseinandersetzungen um Schule oder Beruf zwischen Eltern und Kindern. Auch starke Vater- oder Mutterbindung des Ehemannes oder der Ehefrau zählten wir zu dieser Frage. Ehe- und Liebeskonflikte wurden als ständiges Mißtrauen zwischen den Partnern oder als unbefriedigte sexuelle Wünsche geschildert. Wir fragten nach Kriegserlebnissen und berücksichtigten Gefangenschaft, Flucht oder Verfolgung aus politischen Gründen. Abschließend untersuchten wir die Auswirkungen dieser sozialen Bedingungen auf das Gesamtleiden und ordneten sie einem Schema über den Schwerpunkt des Leidens zu. BOCHNIK sieht als Komponenten des Leidens die Persönlichkeit und das Sozial- und Erlebnisfeld an. Die letzten

x) Die Fragebögen werden in einer Anlage beigefügt.

Fragen gelten Daten des stationären Aufenthaltes. Die ergänzenden Fragen SPIEGELBERG's betreffen somatische, neurologische und psychiatrische Familienanamnese sowie die psychosomatische Eigenanamnese. Die psychosomatischen Affektionen werden nach Magen-Darm-Störungen, Blutdruckveränderungen, Allergosen und Hautkrankheiten, Adipositas, Schilddrüsenerkrankungen und Herz-Kreislauf-Krankheiten unterteilt. Weitere Fragen betreffen die psychiatrische Diagnoseklasse und die spezielle Therapie. Erwähnt werden außerdem Fehlprägung in der Kindheit sowie soziologische Daten der Eltern. Den Abschluß bilden Fragen zu Syndrome-Shift (SPIEGELBERG)und zu Katagenese (LÓPEZ IBOR).

Uns standen 638 Fragebögen zur Verfügung. 300 Patienten unseres Krankengutes wurden exploriert, 338 Krankengeschichten gelangten zur Auswertung. Es ist ein unausgewähltes Krankengut neurologischer und psychiatrischer Fälle.

Durch gezielte Exploration gerieten wir nicht in die Gefahr der Uferlosigkeit; bei schlecht fixierbaren Patienten mußten jedoch manche Fragen unklar bleiben. Wir entsprechen mit dieser Explorationstechnik einer Forderung von JACOB, der eine Sektorenexploration empfiehlt: Eine getrennte Erhebung von Familien-,Eigen- und sozialer Anamnese. Als Nachteil von Alternativfragen zeigt sich eine Themenauswahl; manches Problem wird nicht entdeckt. Die Zahl der soziologischen und psychologischen Einzelfakten ist jedoch vollauf befriedigend.

Unsere Ergebnisse rechneten wir in Relativ-Prozent um und bestimmten für diese Werte die 95% - Vertrauensgrenzen der Binomialverteilung. Beträgt die Anzahl der Versuche 1-100, so sind die angegebenen Werte exakt, bei höheren Zahlen sind die Werte nach der Approximation von FREEMAN und TUKEY berechnet und interpoliert. Wir richteten uns nach DOCUMENTA GEIGY, wissenschaftliche Tabellen, denen wir auch die Angaben der Vertrauensgrenzen entnahmen.

1. Zusammensetzung des Krankengutes

Diagnoseklasse	Männer	Frauen	Gesamt
psychiatrische Fälle	168	155	323
neurologische Fälle	167	148	315
Gesamt	335	303	638

Das Durchschnittsalter lag bei 42,89 Jahren. Der jüngste Patient war 16 Jahre, der älteste 81 Jahre alt.

2. Altersverteilung

Alter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt
1 -19	12	14	26
20-29	71	54	125
30-39	63	52	115
40-49	70	59	129
50-59	73	60	133
60-69	36	45	81
über 70	10	19	29
Gesamt	335	303	638

3. Stand

	Anzahl	in %
ledig	177	27,74
verheiratet	378	59,25
geschieden	13	2,04
verwitwet	49	7,68
verwitwet und wiederverheiratet	8	1,25
geschieden und wiederverheiratet	9	1,41
unbekannt	4	0,63
Gesamt	638	100 %

4. Schulbildung

	Anzahl	in %
nicht schulfähig	1	0,16
Hilfsschule	7	1,10
Volksschule	485	76,02
Mittelschule	45	7,05
Oberschule, Gymnasium	18	2,82
Fachschule	25	3,92
Hochschule,Universität	47	7,37
Andere und nicht bekannt	10	1,56
Gesamt	638	100 %

5. Beruf

	Anzahl	in %
Arbeiter	290	45,45
Angestellte	165	25,86
Beamte	24	3,76
freiberuflich Selbständige	82	12,86
noch in Ausbildung	39	6,11
nicht bekannt	38	5,96
Gesamt	638	100 %

6. Sozialniveau

	Anzahl	in %
Elend	25	3,92
unter Durchschnitt	196	30,72
Durchschnitt (800-1500 DM monatliches Einkommen)	351	55,02
über Durchschnitt	26	4,07
reich	4	0,63
sehr reich	1	0,16
keine Angaben	35	5,48
Gesamt	638	100 %

Die psychiatrischen Erkrankungen unterteilten wir in folgende Diagnoseklassen :

I. Endogene Psychosen
II. Exogene (cerebrale) Psychosen
III. Neurotisch-psychopathische Erkrankungen
IV. Debilität, Imbezillität
V. Unklare Krankheitsbilder

Bei den neurologischen Krankheiten unterschieden wir cerebrale Erkrankungen von Krankheiten ohne Beteiligung des Cerebrum. Wir fanden folgende Verteilung:

A. Psychiatrische Erkrankungen

Diagnoseklasse	Anzahl
I. Endogene Psychosen	208
1. MDI (Erkrankungen des manisch-depressiven Formenkreises)	171
a. endogene Depressionen und endogen-biologische Verstimmungen	117
b. Manie	7
c. Depressionen und Verstimmungen im Klimakterium und in der Involution	47
2. Schizophrenien	37
II. Exogene Psychosen	18
III. Neurotisch-psychopathische Krankheiten	86
1. Neurosen und Psychopathien	43
2. reaktive Psychosen	8
3. Versagenszustände	12
4. Alkohol- und Medikamentenabusus	23
IV. Debilität, Imbezillität	4
V. Unklare Krankheitsbilder	7

B. Neurologische Erkrankungen

Diagnoseklasse	Anzahl
I. Cerebrale Krankheiten	227
1. cerebrale Anfallsleiden	44
2. cerebrale Gefäßprozesse	51
3. hirnorganische Veränderungen	14
4. Tumoren des Cerebrum	22
5. chronisch - entzündliche Krankheiten des ZNS	34
6. extrapyramidale Erkrankungen	7
7. traumatische Schäden des Cerebrum	35
8. unklare Erkrankungen	20
II. Krankheiten ohne Beteiligung des Cerebrum	88
1. Spinalerkrankungen	31
2. akut - entzündliche Erkrankungen des ZNS und des peripheren Nerven	21
3. Erkrankungen des peripheren Nerven	22
4. unklare Krankheiten	14

Als Nebendiagnosen fanden wir folgende Krankheitsbilder :

I. Neurologische Erkrankungen	61
Anfallsleiden	8
Gefäßprozesse	6
degenerative und traumatische Veränderungen	14
Spinalerkrankungen und Krankheiten des peripheren Nerven	17
Polyneuropathien	4
Sonstige	12
II. Psychiatrische Erkrankungen	40
Endogene Psychosen	18
Exogene Psychosen	2
Neurosen,Psychopathien	20
III. Internistische Erkrankungen	130
Herz-, Kreislauf-,Gefäßerkrankungen	24
Hypertonien	34
Lungenerkrankungen (einschließlich Asthma bronchiale)	19
Gastro-intestinale Erkrankungen (einschließlich Ulcus pepticum)	6
Erkrankungen der Nieren und Harnwege	6
Lebererkrankungen	9
Erkrankungen der Schilddrüse	5
Diabetes mellitus	14
Sonstige	13
IV. Chirurgische und orthopädische Krankheiten	25
V. Gynäkologische Krankheiten	8
VI. Hautkrankheiten	15
VII. Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	14
VIII. Augenkrankheiten	6

Aus unserem Krankengut wählten wir 7 Gruppen aus und erforschten die Umweltsituation dieser Kranken :

1. Psychiatrische Krankheiten gesamt
2. Neurologische Krankheiten gesamt
3. Manisch-depressives Irresein (MDI)
4. Schizophrenie
5. Neurosen und Psychopathien
6. Psychosomatische Krankheiten
7. Neurologische Krankheiten ohne Beteiligung des Cerebrum

Die akuten psychosomatischen Störungen bestanden neben psychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen. In 27 Fällen waren sie mit einer psychischen, in 28 Fällen mit einer neurologischen Krankheit kombiniert. Wir fanden folgende Verteilung:

Diagnose	bei psychiatr. Fällen	bei neurolog. Fällen	Gesamt
Ulcus ventriculi	-	2	2
Hypertonie	12	22	34
Adipositas,Anorexia	1	1	2
Asthma bronchiale	2	2	4
Hyperthyreose	2	-	2
Hauterkrankungen	9	2	11
Ekzem	3	1	4
Urticaria	1	-	1
Neurodermitis	1	-	1
Psoriasis vulgaris und Ichthyosis	4	1	5

Die Patienten mit nicht cerebralen neurologischen Erkrankungen stellten wir als Kontrollgruppe den übrigen Gruppen gegenüber. Innerhalb unseres Krankengutes können wir für diese Patienten weitgehend jegliche cyclothyme, neurogene und psycho-soziogene Beeinflussung ihres Leidens verneinen.

Zahlenmäßige Ergebnisse

1. Anzahl und Geschlecht

Diagnoseklasse	Männer	Frauen	Gesamt
neurologische Krankheiten gesamt	167	148	315
psychiatrische Krankheiten gesamt	168	155	323
M D I	74	97	171
Schizophrenien	25	12	37
Neurosen und Psychopathien	58	28	86
psychosomatische Krankheiten	24	31	55
Kontrollgruppe	46	42	88

2. Durchschnittsalter

Diagnoseklasse	Durchschnittsalter
neurologische Krankheiten gesamt	46,12
psychiatrische Krankheiten gesamt	39,68
M D I	43,77
Schizophrenien	33,27
Neurosen und Psychopathien	30,51
psychosomatische Krankheiten	52,98
Kontrollgruppe	45,37

3. Familienstand

A= neurologische Krankheiten gesamt

B= psychiatrische Krankheiten gesamt

Stand	A		B	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
ledig	45	14,29 (10,63-18,69)	132	40,87 (35,45-46,49)
verheiratet	224	71,11 (65,73-76,03)	154	47,68 (42,24-53,67)
geschieden	5	1,59 (0,51- 3,72)	8	2,48 (1,05-4,84)
verwitwet	31	9,84 (6,78-13,71)	18	5,57 (3,32-8,7)
verwitwet oder geschieden und wiederverheiratet	6	1,9 (0,69-4,14)	11	3,41 (1,71-6,06)
unbekannt	4	1,27 (0,34-3,24)	-	- (0,00-1,15)

Die in Klammern gesetzten Zahlen geben jeweils die Vertrauensgrenzen an.

4. Beruf

A= neurologische Krankheiten gesamt
B= psychiatrische Krankheiten gesamt

Beruf	A		B	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Arbeiter	148	46,99 (43,78-55,11)	142	43,96 (38,24-49,37)
Angestellte	91	28,89 (23,96-34,27)	74	22,91 (18,42-25,76)
Beamte	6	1,90 (0,69-4,14)	18	5,57 (3,32-8,70)
Selbständige	43	13,65 (10,05-17,97)	39	12,07 (8,85-16,17)
noch in Ausbildung	11	3,49 (1,74-6,13)	28	8,68 (5,83-12,41)
unbekannt	16	5,08 (2,92-8,15)	22	6,81 (4,27-10,17)

5. Einkommen

A= neurologische Krankheiten gesamt
B= psychiatrische Krankheiten gesamt

	A		B	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
unter Durchschnitt	82	26,03 (21,27-31,27)	139	43,03 (37,56-48,66)
Durchschnitt(800-1500 DM monatlich)	204	64,76 (59,19-70,04)	147	45,52 (39,93-51,37)
über Durchschnitt	13	4,13 (2,21-6,99)	18	5,57 (3,32-8,70)
unbekannt	16	5,08 (2,92-8,15)	19	5,88 (3,56-9,07)

6. Wohnort

A= neurologische Krankheiten gesamt
B= psychiatrische Krankheiten gesamt

Wohnort	A		B	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Dorf	175	55,56 (49,87-61,15)	151	46,75 (41,19-52,38)
Klein- und Mittelstadt	122	38,73 (33,33-44,38)	161	49,84 (43,51-55,47)
Großstadt	15	4,76 (2,68-7,76)	11	3,41 (1,71-6,06)
unbekannt	3	0,95 (0,20-2,77)	-	- (0,00-1,23)

7. Schlechte wirtschaftliche Lage

	Frauen	Männer	Gesamt	
			Anzahl	in %
neurologische K. gesamt	23	26	49	15,56 (11,73-19,92)
psychiatrische K. gesamt	31	45	76	23,22 (18,73-28,27)
M D I	14	16	30	17,54 (12,17-24,14)
Schizophrenien	3	8	11	29,73 (15,87-46,98)
Neurosen, Psychopathien	6	20	26	30,23 (20,79-41,08)
psychosomatische Krankheiten	3	5	8	14,55 (6,50-26,66)
Kontrollgruppe	7	2	9	10,23 (4,78-18,53)

8. Ungünstige Wohnverhältnisse

	Männer	Frauen	Gesamt Anzahl	Gesamt in %
neurologische K. ,gesamt	9	8	17	5,4 (3,18-8,55)
psychiatrische K.,gesamt	28	13	41	12,69 (9,38-17,02)
M D I	10	7	17	9,94 (5,90-15,47)
Schizophrenien	6	2	8	21,62 (9,83-38,21)
Neurosen, Psychopathien	12	3	15	17,44 (10,10-27,13)
psychosomatische Krankheiten	2	-	2	3,64 (0,44-12,53)
Kontrollgruppe	1	2	3	3,41 (0,71-9,64)

9. Ungünstige häusliche Umgebung

	Männer	Frauen	Gesamt Anzahl	Gesamt in %
neurologische K.,gesamt	4	6	10	3,17 (1,43-5,79)
psychiatrische K.,gesamt	37	32	69	21,36 (17,07-26,28)
M D I	12	19	31	18,13 (12,68-24,75)
Schizophrenien	7	2	9	24,32 (11,77-41,20)
Neurosen,Psychopathien	16	6	22	25,58 (16,78-36,13)
psychosomatische Krankheiten	4	4	8	14,55 (6,50-26,66)
Kontrollgruppe	1	-	1	1,14 (0,03-6,17)

10. Schlechte Versorgung zu Hause

	Männer	Frauen	Gesamt Anzahl	in %
neurologische K.,gesamt	3	23	26	8,25 (5,45-11,89)
psychiatrische K.,gesamt	26	23	49	15,17 (11,7-19,98)
M D I	10	15	25	14,62 (9,70-20,83)
Schizophrenien	4	1	5	13,51 (4,54-28,77)
Neurosen, Psychopathien	11	8	19	22,09 (13,86-32,33)
psychosomatische Krankheiten	4	1	5	9,09 (3,02-19,95)
Kontrollgruppe	1	2	3	3,41 (0,71-9,64)

11. Erhebliche familiäre Probleme

	Männer	Frauen	Gesamt Anzahl	in %
neurologische K.,gesamt	15	13	28	8,89 (5,98-12,62)
psychiatrische K.,gesamt	45	49	94	29,10 (24,20-34,42)
M D I	13	24	37	21,64 (15,75-28,60)
Schizophrenien	7	4	11	29,73 (15,87-46,98)
Neurosen, Psychopathien	19	13	32	37,21 (27,02-48,30)
psychosomatische Krankheiten	3	5	8	14,55 (6,50-26,66)
Kontrollgruppe	4	1	5	5,68 (1,87-12,76)

12. Erhebliche Ehe- und Liebeskonflikte

	Männer	Frauen	Gesamt Anzahl	Gesamt in %
neurologische K.,gesamt	10	13	23	7,30 (4,65-10,8)
psychiatrische K.,gesamt	52	43	95	29,41 (24,48-34,73)
M D I	15	22	37	21,64 (15,75-28,60)
Schizophrenien	9	5	14	37,84 (22,46-55,24)
Neurosen, Psychopathien	22	14	36	41,86 (31,30-52,99)
psychosomatische Krankheiten	4	1	5	9,09 (3,02-19,95)
Kontrollgruppe	1	2	3	3,41 (0,71-9,64)

13.Entwurzelung

	Männer	Frauen	Gesamt Anzahl	Gesamt in %
neurologische K.,gesamt	30	18	48	15,24 (11,75-20,08)
psychiatrische K.,gesamt	27	25	52	16,10 (12,26-20,56)
M D I	11	12	23	13,45 (8,72-19,52)
Schizophrenien	4	2	6	16,22 (6,19-32,01)
Neurosen, Psychopathien	10	4	14	16,28 (9,20-25,80)
psychosomatische Krankheiten	6	5	11	20,00 (10,43-32,97)
Kontrollgruppe	7	7	14	15,91 (8,98-25,25)

14. Äußere Vereinsamung

	Männer	Frauen	Gesamt Anzahl	in %
neurologische K.,gesamt	5	13	18	5,08 (2,92-8,16)
psychiatrische K.,gesamt	49	26	75	23,22 (18,93-28,5)
M D I	13	15	28	16,37 (11,04-22,81)
Schizophrenien	13	-	13	35,14 (20,21-52,54)
Neurosen, Psychopathien	19	7	26	30,23 (20,79-41,08)
psychosomatische Krankheiten	7	2	9	16,36 (7,77-28,80)
Kontrollgruppe	2	2	4	4,55 (1,25-11,23)

15. Berufliche Probleme

	Männer	Frauen	Gesamt Anzahl	in %
neurologische K.,gesamt	16	5	21	6,67 (4,17-10,04)
psychiatrische K.,gesamt	57	23	80	24,77 (20,16-29,82)
M D I	18	8	26	15,20 (10,18-21,49)
Schizophrenien	9	4	13	35,14 (20,21-52,54)
Neurosen, Psychopathien	30	7	37	43,02 (32,39-54,15)
psychosomatische Krankheiten	7	3	10	18,18 (9,08-30,90)
Kontrollgruppe	2	2	4	4,55 (1,25-11,23)

16. Auswirkungen der Umweltsituation auf das Gesamtleiden

	ungünstig	in %
neurologische K.,gesamt	15	4,76 (2,68-7,76)
psychiatrische K.,gesamt	102	31,61 (26,56-37,01)
M D I	24	14,04 (9,22-20,19)
Schizophrenien	10	27,03 (13,79-44,12)
Neurosen, Psychopathien	52	60,47 (49,34-70,85)
psychosomatische Krankheiten	8	14,55 (6,50-26,66)
Kontrollgruppe	4	4,55 (1,25-11,23)

17. Anzahl der Belastungen durch die Umwelt

Hierbei gliederten wir alle Umweltprobleme (Punkte 7-15 der Ergebnisse) innerhalb der einzelnen Krankheitsgruppen nach der Anzahl ihres Auftretens. Wir untersuchten bei jedem Patienten, ob er nur mit einem, mit zwei oder mit gleichzeitig mehreren Umweltproblemen belastet war.

	einfach		doppelt	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
neurologische Krankheiten, gesamt	72	22,86 (18,34-27,94)	24	7,63 (4,94-11,17)
psychiatrische Krankheiten, gesamt	73	22,60 (18,36-27,82)	61	18,98 (14,83-23,71)
M D I	42	24,56 (18,34-31,73)	28	16,37 (11,04-22,81)
Schizophrenien	9	24,32 (11,77-41,20)	7	18,92 (7,96-35,16)
Neurosen und Psychopathien	16	18,60 (11,02-28,45)	19	22,09 (13,86-32,33)
psychosomatische Krankheiten	11	20,00 (10,43-32,97)	3	5,45 (1,14-15,12)
Kontrollgruppe	17	19,32 (11,68-29,12)	6	6,82 (2,54-14,25)

	mehrfache Belastung		
	Anzahl	in %	Vertrauensgrenzen
neurologische Krankheiten, gesamt	25	7,94	5,19-11,51
psychiatrische Krankheiten, gesamt	98	30,34	25,37-35,71
M D I	34	19,88	14,20-26,66
Schizophrenien	15	40,54	24,75-57,90
Neurosen und Psychopathien	40	46,51	35,68-57,59
psychosomatische Krankheiten	11	20,00	10,43-32,97
Kontrollgruppe	4	4,55	1,25-11,23

18. Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Umwelteinflüsse

In der folgenden Untersuchung stellten wir fest, wie oft einzelne Umweltprobleme im Rahmen der Gesamtbelastung bei jeder Krankheitsgruppe auftraten.

a. neurologische Krankheiten

	Männer		Frauen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
wirtschaftliche Lage, Wohnverhältnisse	35	29,66 (21,65-38,70)	31	22,96 (16,03-31,08)
häusliche Umgebung, Versorgung zu Hause	7	5,93 (2,41-11,91)	29	21,49 (14,82-29,41)
familiäre Probleme, Ehe-Liebeskonflikte	25	21,19 (14,24-29,71)	26	19,26 (13,02-26,96)
Entwurzelung, Vereinsamung	35	29,66 (21,65-38,70)	31	22,96 (16,03-31,08)
berufliche Probleme	16	13,56 (7,97-20,95)	18	13,33 (8,11-20,28)

b. psychiatrische Krankheiten

	Männer Anzahl	in %	Frauen Anzahl	in %
wirtschaftliche Lage, Wohnverhältnisse	73	19,95 (15,95-24,39)	44	17,96 (13,37-23,38)
häusliche Umgebung, Versorgung zu Hause	63	17,20 (13,46-20,10)	55	22,45 (17,39-28,20)
familiäre Probleme, Ehe-Liebeskonflikte	97	26,50 (21,73-31,24)	72	29,39 (23,89-35,55)
Entwurzelung, Vereinsamung	76	20,77 (16,71-25,33)	51	20,81 (15,91-26,43)
berufliche Probleme	57	15,58 (12,00-19,77)	23	9,39 (6,05-13,87)

c. Manisch - depressives Irresein

	Männer Anzahl	in %	Frauen Anzahl	in %
wirtschaftliche Lage, Wohnverhältnisse	26	22,03 (14,95-30,62)	21	15,44 (9,84-22,67)
häusliche Umgebung, Versorgung zu Hause	22	18,64 (12,19-27,18)	34	25,00 (18,01-33,18)
familiäre Probleme, Ehe-Liebes-Konflikte	28	23,73 (16,43-32,48)	46	33,83 (25,99-42,46)
Entwurzelung, Vereinsamung	24	20,34 (13,52-28,99)	27	19,85 (13,52-27,58)
berufliche Probleme	18	15,25 (9,30-23,05)	8	5,88 (2,56-11,32)

d. Schizophrenien

	Männer Anzahl	in %	Frauen Anzahl	in %
wirtschaftliche Lage, Wohnverhältnisse	14	20,9 (11,92-32,57)	5	21,74 (7,46-43,70)
häusliche Umgebung, Versorgung zu Hause	11	16,42 (8,49-27,48)	3	13,04 (2,78-33,59)
familiäre Probleme Ehe-Liebeskonflikte	16	23,88 (14,31-35,86)	9	39,13 (19,71-61,46)
Entwurzelung, Vereinsamung	17	25,37 (15,53-37,49)	2	8,7 (1,07-28,04)
berufliche Probleme	9	13,43 (6,33-23,97)	4	17,39 (4,95-38,78)

e. Neurosen und Psychopathien

	Männer Anzahl	in %	Frauen Anzahl	in %
wirtschaftliche Lage, Wohnverhältnisse	32	20,12 (14,21-27,23)	9	13,24 (6,23-23,64)
häusliche Umgebung, Versorgung zu Hause	27	16,98 (11,51-23,85)	14	20,59 (11,74-32,12)
familiäre Probleme, Ehe-Liebeskonflikte	41	25,79 (19,22-33,33)	27	39,70 (28,03-52,30)
Entwurzelung, Vereinsamung	29	18,24 (12,60-25,16)	11	16,18 (8,36-27,10)
berufliche Probleme	30	18,87 (13,12-25,85)	7	10,29 (4,24-20,07)

f. psychosomatische Krankheiten

	Männer Anzahl	in %	Frauen Anzahl	in %
wirtschaftliche Lage, Wohnverhältnisse	7	16,67 (6,97-31,36)	3	12,50 (2,66-32,36)
häusliche Umgebung, Versorgung zu Hause	8	19,05 (8,60- 34,12)	5	20,83 (7,13-42,15)
familiäre Probleme, Ehe- Liebeskonflikte	7	16,67 (6,97-31,36)	6	25,00 (9,77-46,71)
Entwurzelung, Vereinsamung	13	30,94 (17,62-47,09)	7	29,17 (12,62-51,09)
berufliche Probleme	7	16,67 (6,97-31,36)	3	12,50 (2,66-32,36)

Einzelbeobachtungen

Bei den einzelkasuistischen Darstellungen erwähnen wir die internistischen, neurologischen und psychiatrischen Befunde nicht, da im Rahmen unserer Studie der Lebenslauf und die soziale Situation zur Zeit der Aufnahme praktisch ganz im Vordergrund stehen, ja allein wesentlich sind.

Fall 1

Krankengeschichte Nr. 167/67
E.P., 45 Jahre, Hausfrau, verwitwet

Familienanamnese

Der Vater ist im Alter von 65 Jahren nach einem Schlaganfall verstorben. Wegen einer Depression ist er in stationärer Behandlung gewesen. Die Mutter ist 72 Jahre alt und gesund. Die Patientin hat keine Geschwister.

Eigenanamnese

Geburt und frühkindliche Entwicklung verliefen normal. Die Patientin erkrankte an Röteln und Masern, seit der Kindheit tritt in Intervallen eine Ichthyosis vulgaris stärker hervor. 1965 zog sich die Patientin bei einem schweren Verkehrsunfall eine Commotio zu. 1966 wurden wegen einer Endometriose der Uterus und das rechte Ovar exstirpiert; 1967 wurde eine Ovarialcyste links diagnostiziert, die operiert werden soll.

Sozialanamnese

Die Patientin wurde im Sudetenland geboren und ist im Elternhaus aufgewachsen. Sie hat unter ihrem Vater, einem despotischen und ewig unzufriedenen Mann, sehr gelitten. Dennoch verlebte sie dank der Ausgeglichenheit und Überlegenheit der Mutter eine glückliche Kindheit. Die Patientin wurde mit 6 Jahren eingeschult, sie besuchte vier Jahre die Volksschule und sechs Jahre die Realschule, die sie mit dem Abschluß der mittleren Reife verließ. Eine Ausbildung zur Handarbeitslehrerin auf einer Frauenfachschule beendete sie vorzeitig, da sie 1942 heiratete. Weil ihr Mann ein aktiver Soldat war, konnten sie in ihrer dreijährigen Ehe nur an Wochenenden und in den Ferien zusammenleben. 1945 ist der Mann in der Gefangenschaft gestorben. Zusammen mit ihrer Mutter und der 1943 geborenen Tochter erfolgte 1946 die Aussiedlung aus dem Sudetenland in ein kleines hessisches Dorf. Dort verdiente sich die Patientin durch Nähen Geld. Durch einen äußerst sparsamen Lebensstil konnte sie ihrer Tochter das Abitur und eine Aus-

bildung als Lehrerin ermöglichen. Da sie glaubte, für die Erziehung der Tochter nicht genügend Zeit aufbringen zu können, gab sie diese in ein Internat, obwohl sie selbst sehr unter der Trennung von dem Mädchen litt. Dank der finanziellen Unterstützung durch ihre Mutter gelang es ihr, ein Haus zu bauen, was ihr vollends die Feindschaft der Dorfbewohner eintrug. Sie wollte ohnehin keinen Anschluß an ihre neue Umgebung. Die Gedanken an eine zweite Heirat verwarf sie im Hinblick auf ihre Tochter. Diese ist inzwischen im Nachbarort berufstätig; seit einigen Jahren ist sie mit einem Chemiestudenten befreundet, der sie jetzt heiraten möchte. Dadurch sieht sich die Patientin ihres Lebensinhaltes beraubt. Sie kann sich nicht mit dem Gedanken einer Heirat der Tochter abfinden und hat Angst, der Mann behandele ihre Tochter schlecht. Obwohl das Kind schon lange räumlich von ihr getrennt sei, werde sie es jetzt wirklich verlieren, zudem an einen Mann, "der sicher nicht der Richtige ist."
Es kam zunehmend zu Auseinandersetzungen zwischen Mutter, Tochter und Schwiegersohn; dabei verwies die Patientin den Schwiegersohn ihres Hauses.

In der Folgezeit wurde sie sehr ängstlich und wollte nicht mehr ohne die Tochter sein. Sie äußerte Wahn- und Versündigungsideen und glaubte, Mutter und Tochter seien einem Verkehrsunfall zum Opfer gefallen. Wegen eines akuten Erregungszustandes wurde die Patientin in die Klinik eingewiesen.

Primärpersönlich schildert die Patientin sich als ruhig, gering kontaktfähig und interesselos. Sie habe es gelernt, sich durchzusetzen.

Diagnostisch handelt es sich um eine endogene Depression.

Zusammenfassung

Bei der Patientin handelt es sich um eine 45 jährige, verwitwete Hausfrau, die an einer endogenen Depression

leidet. Die Kindheit wurde geprägt durch den despotischen, unzufriedenen Vater, der wegen einer Depression behandelt wurde. Eine Berufsausbildung der Patientin wurde bei ihrer Heirat 1942 vorzeitig abgebrochen; nach dreijähriger Ehe starb der Ehemann 1945. 1946 Aussiedlung aus dem Sudetenland. Durch sparsamen Lebenswandel ermöglichte die Patientin ihrer Tochter eine Ausbildung als Lehrerin. Als die Tochter 1966 Heiratsabsichten äußerte, kam es zu ständigen Auseinandersetzungen zwischen ihnen. In der Folgezeit (Anfang 1967) traten bei der Patientin ängstliche Verstimmungszustände mit Wahnideen auf. Differentialdiagnostisch ist eine neurotische Depression zu erwägen. Erbliche Belastung und Querschnittssyndrom mit paranoider Prägung sowie die Lebensphase bestimmten die klinische Diagnose einer endogen-biologischen Erkrankung.

Fall 2

Krankengeschichte Nr. 321/67
A.F., 21 Jahre, ohne Beruf, ledig

Familienanamnese

Der Vater ist 51 Jahre alt, gesund. Die Mutter ist 46 Jahre alt und leidet seit 1945 - dem Geburtsjahr der Patientin- unter Depressionen. In etwa zweijährigem Abstand ist sie deshalb stationär in mehreren Kliniken behandelt worden. Seit 5 Jahren hat sich ihr Zustand verschlechtert , sie liegt tagsüber mehrere Stunden im Bett und schafft ihre Arbeit nicht. Eine Halbschwester der Mutter leidet seit Jahren unter " Verfolgungswahn", ist dabei aber arbeitsfähig. Die 13 jährige Schwester der Patientin ist gesund.

Eigenanamnese

Geburt und frühkindliche Entwicklung der Patientin verliefen normal. Als Schulkind hat sie für kurze Zeit an den Nägeln gekaut, sonst fand sich kein Anhalt für Neurotizismen. An Kinderkrankheiten machte die Patientin nur Masern durch. Etwa seit 1957 bemerkte die Patientin jeweils während der Schulzeit einen Gewichtsverlust, den sie jedoch in den Ferien wieder ausgleichen konnte. 1961 traten Magenbeschwerden auf,die Patientin aß sehr wenig und verlor ständig an Gewicht. Die Schmerzen traten bei Ärger und Belastung auf und verschwanden zwischenzeitlich völlig. Seit dieser Zeit klagt die Patientin über "Nervosität". Nachdem sie bei mehreren Ärzten ambulant ohne Erfolg behandelt worden war, erfolgten 1962, 1964 und 1965 stationäre Aufnahmen. Bei einem Gewicht von 38,1 kg bei einer Größe von 164 cm wurde 1963 in einer Klinik mit einer Mastkur begonnen, diese Therapie wurde auf Wunsch der Patientin vorzeitig abgebrochen.

Sozialanamnese

Die Mutter der Patientin wurde unehelich geboren und litt in ihrer Jugend unter ihrem Stiefvater, der Trinker war. Dieser Mann sei gegen die Heirat der Eltern gewesen. Der Vater stammt aus einer sozial niedrigen Schicht und konnte sich vom ungelernten Arbeiter zum Angestellten emporarbeiten. Er habe es als selbstverständlich angesehen, daß seine Frau ebenfalls Geld verdienen würde, nun koste sie ihn durch ihre dauernden Krankenhausaufenthalte zusätzlich Geld. Darüber gibt es in der Familie täglich Auseinandersetzungen. Von einer Scheidung halte ihn nur seine tiefe Bindung an die Kirche ab. In dieser spannungsreichen häuslichen Umgebung wuchs die Patientin zusammen mit ihrer 1954 geborenen Schwester auf. Die Patientin blickt mit zunehmender Eifersucht auf sie, da sie mit 13 Jahren weitaus selbständiger sei als sie mit 21 Jahren.Die Einschulung erfolgte mit 7 Jahren, die

Patientin besuchte die Volksschule 8 Jahre lang. Ein Jahr verbrachte sie wegen des schlechten Gesundheitszustandes der Mutter bei Verwandten in einem anderen Ort. Nach der Schulentlassung 1959 äußerte sie den Wunsch, Friseuse zu werden. Die Mutter wehrte sich dagegen, sie wollte ohne Hilfe der Tochter den Haushalt nicht versorgen und riet ihr von jeglichem Beruf ab, "da sie es doch nicht schaffe." Der Vater hatte keinen Einfluß auf sie, da sie sich bereits vor Jahren von ihm abgewandt und der Mutter zugewandt hatte; ihm sei jeder Beruf der Tochter wegen der finanziellen Entlastung recht gewesen. Da man der Patientin während der stationären Behandlung dringend geraten hatte, sich von dem Elternhaus zu lösen, unternahm sie zweimal einen Arbeitsversuch. 1963 war sie 9 Monate als Verkäuferin tätig, magerte aber in dieser Zeit so stark ab, daß sie diese Tätigkeit aufgeben mußte. 1966 bekam sie nach dreimonatiger Arbeitszeit mit ihrem Lehrherren Streit, blieb seitdem wieder zu Hause und versorgte nun zusammen mit ihrer Mutter den Haushalt. 1966 hat sich die Patientin nach 2 jähriger Bekanntschaft mit einem Arbeiter verlobt; mit dieser Bindung waren die Eltern einverstanden. Die Heirat sei für den Sommer 1967 geplant gewesen.

Anfang 1967 kam es zu Auseinandersetzungen zwischen ihnen. Sie habe ihren Verlobten verdächtigt, er unterhalte Beziehungen zu anderen Frauen. Obwohl sie das Verlöbnis gelöst habe, lege ihr Verlobter immer noch Wert auf eine Verbindung. Weiterhin äußerte die Patientin paranoide Gedanken, lehnte aus Angst vor Vergiftungen jegliche Nahrung ab und war nicht zu bewegen, auch nur einen Schritt ohne die Begleitung ihres Vaters zu tun. Dieser veranlaßte die Aufnahme der Patientin.

Primärpersönlich schildert sich die Patientin als verschlossen, mißtrauisch und zurückhaltend. Sie leide unter dem schlechten Gesundheitszustand der Mutter, das allein hindere sie am Fortgang aus dem Elternhaus.

Diagnostisch handelt es sich um eine Anorexia nervosa sowie um eine atypische Psychose.

Zusammenfassung

Die 21 jährige, beruflose Patientin leidet an einer atypischen Psychose und Anorexia nervosa. Aufnahmegewicht 38,1 kg bei 164 cm Größe. Erbliche Belastung durch Mutter und Tante. Seit 1957 Gewichtsschwankungen, seit 1961 " starke Nervosität " und ständige Gewichtsabnahme mit Magenbeschwerden. 1962, 1963, 1964 und 1965 stationäre Behandlung wegen Untergewichtigkeit. Spannungsreiche häusliche Umgebung durch die depressive Mutter und den streitsüchtigen Vater. Nach regelrechtem Volksschulbesuch wurden zwei Versuche unternommen, einen Beruf zu erlernen, die auf Wunsch der Eltern wegen starker Gewichtsabnahme der Patientin abgebrochen wurden. 1966 Verlobung mit einem Arbeiter; Lösung dieser Verbindung durch die Patientin Anfang 1967.

Fall 3

Krankengeschichte Nr. 295/67
E.K., 51 Jahre, Schlosser, verheiratet

Familienanamnese

Der Vater ist mit 55 Jahren an einem Blasenleiden gestorben. Die Mutter starb im Alter von 70 Jahren an Altersschwäche. Zwei Schwestern des Patienten sind gesund.

Eigenanamnese

Geburt und frühkindliche Entwicklung des Patienten verliefen normal. Außer Masern hatte er keine weiteren Kinderkrankheiten. Seit einigen Jahren leidet er unter Magenbeschwerden, die er bei entsprechender Diät ausgleichen kann. 1963 wurden Nierensteine entfernt, seitdem traten keine Beschwerden mehr auf.

Sozialanamnese

Der Patient wurde als Sohn eines Schusters geboren und wuchs zusammen mit zwei jüngeren Schwestern im Elternhaus auf. Sechsjährig eingeschult, besuchte er die Volksschule mit gutem Erfolg. Anschließend machte er eine Schlosserlehre und war in diesem Beruf bis zu seiner Einberufung 1939 tätig. 1948 wurde er aus der Gefangenschaft entlassen und konnte in seinem alten Betrieb die Arbeit wiederaufnehmen. Er verdiente den Lebensunterhalt für seine inzwischen verwitwete Mutter und die beiden Geschwister und konnte durch intensive Arbeit das zerstörte elterliche Haus aufbauen. 1949 heiratete er mit 34 Jahren, aus dieser Ehe gingen ein heute 14 jähriger Sohn und eine 17 jährige Tochter hervor. Seine Ehe bezeichnet er als glücklich, es habe keine häuslichen Sorgen gegeben.

Im Dezember 1965 hat sein Sohn unerlaubterweise in der Scheune des Nachbarn geraucht und diese dabei in Brand gesetzt. Die Scheune brannte völlig ab, und ein nebenstehendes Wohnhaus wurde beschädigt. Der Patient wurde schadenersatzpflichtig gemacht und sorgte sich wegen der hohen Geldsumme. Schon beim Anblick des Nachbarn bekam er Angst vor dessen Geldforderungen. Sein Gesundheitszustand verschlechterte sich zusehends, so daß er sich einer zehnwöchigen psychiatrischen stationären Behandlung unterziehen mußte. Eine anschließende Wiederaufnahme der Arbeit wurde nach einwöchigem Versuch wieder abgebrochen - der Patient konnte sich nicht auf seine Arbeit konzentrieren und verlor den Kontakt zu seinen Kollegen. Die Schadenersatzfrage war geregelt, als er im Februar 1967 eine neue Geldforderung seines Gegners erhielt. Auf diese Nachricht hin wurde der Patient völlig verschlossen und unruhig. Er regte sich über die neuen ungerechtfertigten Geldforderungen seines Nachbarn so auf, daß eine Einlieferung notwendig wurde.

Primärpersönlich schildert sich der Patient als sehr aufgeschlossen, unternehmungslustig und kontaktfreudig. Er sei energisch und fleißig, wohl der beständigste Arbeiter seines Betriebes.

Diagnostisch handelt es sich um eine Involutionsdepression.

Zusammenfassung

Der 51 jährige Schlosser erkrankte an einer Involutionsdepression. Seit einiger Zeit Magenbeschwerden, 1963 Nierensteine. Keine biographischen Auffälligkeiten. Im Dezember 1965 verursachte der Sohn durch Unachtsamkeit einen Brand in der Scheune des Nachbarn; der Vater wurde schadenersatzpflichtig gemacht. Zu Beginn des Jahres 1966 erfolgte eine stationäre psychiatrische Behandlung wegen einer endogenen Depression. Eine zweite Aufnahme wurde 1967 notwendig, nachdem der Nachbar neue, ungerechtfertigte Geldforderungen an den Patienten gestellt hatte.

Fall 4

Krankengeschichte Nr. 820/67
H.F., 25 Jahre, Hausfrau, verheiratet

Familienanamnese

Die Patientin ist unehelich geboren, der Vater ist unbekannt. Die Mutter leidet seit 11 Jahren an einer multiplen Sklerose, die inzwischen so weit fortgeschritten ist, daß sie ständig bettlägerig ist. Die Patientin hat keine Geschwister.

Eigenanamnese

Die Patientin wurde nach 7 monatiger Schwangerschaft geboren und lernte erst mit zweieinhalb Jahren laufen. Während der Kindheit hat sie am Daumen gelutscht und macht

es heute auch noch, sofern sie sich unbeobachtet fühlt. Weitere Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung sind nicht bekannt. An Kinderkrankheiten machte die Patientin Masern und Keuchhusten durch. 1955 erfolgte eine Appendektomie, 1962 wurden eine Leistenhernie und eine Hiatushernie operiert. 1962 wurde eine Tonsillektomie durchgeführt. Bei der Patientin besteht zur Zeit der Aufnahme eine Schwangerschaft im ersten Monat.

Sozialanamnese

Die Patientin wurde von ihren Großeltern adoptiert und lebte bis 1950 in deren Haushalt. Ihre Mutter heiratete kurz nach ihrer Geburt, diese Ehe wurde 1950 wieder geschieden. Seitdem lebten Mutter, Schwester und Tochter zusammen; in diesem Frauenhaushalt wuchs die Patientin auf, wobei sie unter dem Einfluß ihrer Tante, einer herrischen Person, litt, der nach Erkrankung der Mutter die Haushaltsführung zugefallen war. Das Verhältnis zur Mutter beruhte auf gegenseitiger Duldung, zu einer echten Mutter-Kind-Bindung sei es nie gekommen. Wegen der Krankheit habe sie die Mutter nie mit ihren Problemen belasten wollen. Ungestört sei nur die Verbindung zu ihren Großeltern gewesen.
Die Patientin besuchte 8 Jahre die Volksschule, im Anschluß daran ein Jahr eine Haushaltungsschule sowie ein Jahr die Handelsschule. Sie begann eine Ausbildung als Arzthelferin bei einem Chirurgen, wechselte zu einem praktischen Arzt und bestand ihre Abschlußprüfung mit " befriedigend ". Der Beruf machte ihr viel Freude, sie war bis zur Heirat im Februar 1964 tätig. Gegen den Willen der Patientin wünschte ihr Mann die Berufsaufgabe.

Seit 1960 litt sie zunehmend unter depressiven Schwankungen, die sich als Infektionsprodrome äußerten, "so als bekäme ich eine Erkältung." 1963, anläßlich des Todes ihres Großvaters, ist eine Verschlechterung eingetreten, sie konnte nicht mehr schlafen, aß kaum noch etwas und grübelte viel. Da ihr Mann stark im Beruf beschäftigt war.

litt die Patientin in den beiden ersten Ehejahren sehr unter dem Alleinsein. Aus finanziellen Gründen hatten sie in den ersten Jahren auf ein Kind verzichtet, jetzt traut sie sich nicht zu, Mann, Haushalt und Kind zu versorgen. Einer solchen Verantwortung fühle sie sich nicht gewachsen. Bei einem Besuch der gefürchteten Tante, die ständig Bedenken an der Haushaltsführung der Patientin äußerte, kam es zu einem akuten Erregungszustand, der die Einweisung notwendig machte. Die Patientin erfährt während der ersten Tage ihres Aufenthaltes von der Gravidität, was zu einer Verschlechterung ihres Zustandes führt.

Primärpersönlich schildert sich die Patientin als kontaktarm, selbstunsicher und umweltabhängig. Sie sei labil, schüchtern und ängstlich unter fremden Menschen.

Diagnostisch handelt es sich um eine endogene Depression (einer infantilen Persönlichkeit) bei Gravidität.

Zusammenfassung

Die 25 jährige, unehelich geborene, infantile Patientin ist bei der Aufnahme schwanger und leidet an einer endogenen Depression. Die Patientin wurde nach 7 monatiger Schwangerschaft geboren und lernte erst mit 2 1/2 Jahren laufen , sie lutscht bis heute am Daumen. Sie lebte bis 1950 als Adoptivkind bei den Großeltern, danach bei ihrer Mutter, die seit 1956 an einer multiplen Sklerose leidet,und die der herrischen Schwester deshalb die Haushaltsführung übertragen mußte. Den Beruf als Arzthelferin gab die Patientin 1964 bei ihrer Heirat auf. Seit 1960 traten depressive Schwankungen auf, anläßlich des Todes des Großvaters (1963) verschlechterte sich ihr Zustand durch Schlaflosigkeit und Inappetenz. Nach einem Streit mit der Tante (Januar 1967) trat ein akuter Erregungszustand auf, der zur Einweisung führte.

Fall 5

Krankengeschichte Nr. 463/67
F.S., 27 Jahre, Studentin, ledig

Familienanamnese

Der Vater erblindete im Alter von 73 Jahren, er starb mit 80 Jahren. Die Mutter ist 58 Jahre alt und leidet ebenso wie die Großmutter mütterlicherseits unter Depressionen, die bisher nicht stationär behandelt wurden. 2 Schwestern sind gesund, von 5 Halbgeschwistern starben 2 während des Krieges, die übrigen 3 sind gesund.

Eigenanamnese

Geburt und frühkindliche Entwicklung verliefen normal. Als Kind erkrankte die Patientin an Keuchhusten, Masern, Mumps und Windpocken. Seit der Kindheit besteht der Verdacht auf eine Hyperthyreose, der bis jetzt nicht bestätigt werden konnte.

Sozialanamnese

Die Patientin wurde als Tochter eines Bildhauers geboren, der bei ihrer Geburt 71 Jahre alt war und in vierter Ehe mit der um 39 Jahre jüngeren Mutter der Patientin verheiratet war. Fünf Kinder aus der zweiten Ehe des Vaters lebten mit in diesem Haushalt, der "eher ein Familienverband als eine Familie" gewesen sei. Die Mutter begleitete den Vater auf seinen Reisen und überließ die Erziehung der Kinder ihrer Schwester, zu der die Patientin noch heute ein besseres Verhältnis hat als zu ihrer Mutter. Die Patientin besuchte 4 Jahre lang die Volksschule, 8 Jahre das Gymnasium und bestand 1956 in Weimar das Abitur. Die Flucht der Familie aus der DDR wurde für das Jahr 1959 geplant, die Patientin nahm bis zu diesem Zeitpunkt eine Stelle als Fotolaborantin an. In der Bundes-

republik trennte sich die Patientin von ihrer Familie und arbeitete in verschiedenen Stellen als Fotolaborantin. 1961 ging sie zur Mutter zurück und holte das westdeutsche Abitur auf einer Abendschule nach. Sie begann Archäologie zu studieren; nachdem ihr ein Stipendium bewilligt worden war und sie eine weitere finanzielle Unterstützung aus dem Nachlaß des Vaters erhielt, wechselte sie nach 3 Semestern die Universität.

Im Sommer 1964 lernte sie einen Kollegen kennen und sah in dieser Verbindung die Erfüllung aller ihrer Wünsche. Als dieser Mann sich von ihr trennte, unternahm sie einen Suicidversuch und begann zu trinken. Von 1965-1967 kam es zu Beziehungen mit anderen Männern. Mit Vollendung des 27. Lebensjahres wurde der Patientin das Stipendium gestrichen. Sie verdiente sich als technische Zeichnerin Geld, geriet aber trotzdem in finanzielle Schwierigkeiten. Sie vernachlässigte das Studium und wurde von Bekannten oft zu Hause betrunken angetroffen. Sie litt zunehmend unter Schlaflosigkeit und Unruhe und konnte nur noch mit Hilfe von Schlaftabletten einschlafen.

Im Januar 1967 meinte die Patientin, sie sei schwanger; da der Vater des Kindes zu einer Heirat nicht bereit war, kam es zu Auseinandersetzungen mit ihm, der Mutter und den Schwiegereltern. Ob es infolge eines Sturzes zu einem Abort gekommen ist, oder ob gar keine Schwangerschaft vorgelegen hat, ließ sich nicht klären. Die Patientin trauerte dem verlorenen Kind nach und trank erhebliche Mengen Alkohol; zusätzlich nahm sie größere Mengen Barbiturate ein. Sie geriet in einen deliranten Zustand, deshalb kam sie zur stationären Aufnahme.

Primärpersönlich schildert sie sich als sensibel, impulsiv, kontaktfreudig und fleißig.

Diagnostisch handelt es sich um eine depressive Verstimmung bei labiler Persönlichkeit mit Konfliktsituation und um ein Delir nach Alkohol- und Medikamentenabusus.

Zusammenfassung

Die 27 jährige ledige Studentin wurde wegen einer depressiven Verstimmung bei neurotischer Entwicklung mit Medikamenten- und Alkoholabusus behandelt. Mutter und Großmutter litten unter Depressionen. Die Patientin ist die Tochter eines Bildhauers, der bei ihrer Geburt 71 Jahre alt war und in vierter Ehe mit der um 39 Jahre jüngeren Mutter der Patientin verheiratet war. In dem Haushalt, der wegen häufiger Reisen der Eltern von einer Tante geführt wurde, wuchs die Patientin mit 7 Halbgeschwistern und Geschwistern auf. 1959 Flucht aus der DDR in die Bundesrepublik. 1961 bestand sie das westdeutsche Abitur und begann ein Studium der Archäologie. Im Sommer 1964 unternahm sie nach einer flüchtigen Männerbekanntschaft einen Suicidversuch. In der Folgezeit begann sie zu trinken, nahm Beziehungen zu verschiedenen Männern auf und geriet in finanzielle Schwierigkeiten. Im Januar 1967 meinte die Patientin, sie sei schwanger. Der Vater des Kindes war zu einer Heirat nicht bereit.

Fall 6

Krankengeschichte Nr. 314/67
M.K., 56 Jahre, Hausfrau,verheiratet

Familienanamnese

Der Vater starb mit 67 Jahren an einer Leberzirrhose. Die Mutter starb mit 64 Jahren an den Folgen eines Unfalles. Von 12 Geschwistern ist eine Schwester an einem Anfallsleiden gestorben, ein Bruder ist gelähmt. Die übrigen 10 Geschwister sind gesund.

Eigenanamnese

Geburt und frühkindliche Entwicklung verliefen normal. Als

Kind erkrankte die Patientin häufig an Anginen, außerdem an Masern. 1961 erfolgte eine Leistenbruchoperation.

Sozialanamnese

Die Patientin wurde als Tochter eines Arbeiters geboren und wuchs im Elternhaus zusammen mit 12 Geschwistern auf. Trotz früher, schwerer Arbeit sei ihre Kindheit glücklich gewesen. Sie besuchte 8 Jahre die Volksschule und ging anschließend als Hilfskraft auf einen Bauernhof. Eine Tätigkeit als Fabrikarbeiterin gab sie nach wenigen Monaten auf, da sie sich diesem Beruf nicht gewachsen fühlte. Die Patientin heiratete 1931. Diese Ehe, aus der drei Kinder hervorgegangen sind, wurde 1940 geschieden. Um ihre Kinder versorgen zu können, arbeitete sie als Putzfrau. 1949 schloß sie eine zweite Ehe. Ihr Mann brachte aus erster Ehe ebenfalls drei Kinder mit. Er war von der finanziellen Unterstützung seiner Ehefrau abhängig, da er mittellos aus der DDR geflüchtet war. Diese Ehe verlief zunächst harmonisch. Seit 1957 wirft der Ehemann der Patientin aber vor, er habe in ihr einen "Fehlgriff" getan, für ihn als Beamten sei eine Frau aus Arbeiterkreisen nicht standesgemäß. Er beschuldigte sie, Beziehungen zu anderen Männern zu unterhalten und entwickelte eine starke Eifersucht. 1959 unternahm die Patientin einen Suicidversuch; in der Folgezeit verbesserten sich die Beziehungen zu ihrem Mann. Anfang 1966 trat bei der Patientin eine Harninkontinenz auf, die sowohl durch einen Descensus uteri als auch psychogen verursacht war. Der Ehemann zeigte nicht das geringste Verständnis für ihre Lage, er machte ihr täglich neue Vorwürfe. Trotz ihres Zustandes mußte sie sämtliche schwere Arbeit verrichten, während ihr Mann angab, sich wegen einer alten Tuberkulose schonen zu müssen.

Seitdem verschärften sich die Konflikte derart, daß die Patientin froh war, wenn der Ehemann am Tage nicht zu Hause war. Sie fürchtete sich vor jedem Wochenende, das sie

mit ihm allein verbringen mußte. Die ängstliche und gehemmte Stimmungslage der Patientin machte eine Aufnahme notwendig.

Primärpersönlich schildert sich die Patientin als still, zurückhaltend und ängstlich. Sie sei sehr gutmütig, finde nur schwer Kontakt zu anderen Menschen.

Diagnostisch handelt es sich um eine endogene Depression im Involutionsalter.

Zusammenfassung

Bei der 56 jährigen Hausfrau liegt eine endogene Depression im Involutionsalter vor. Sie wuchs mit 12 Geschwistern in ärmlichen, aber geordneten Verhältnissen auf. Bis zur Heirat (1931) half sie im Haushalt. Aus dieser 1940 geschiedenen Ehe gingen drei Kinder hervor. 1949 schloß sie mit einem aus der DDR geflüchteten, mittellosen Beamten eine zweite, zunächst sehr harmonisch verlaufende Ehe. Durch unberechtigte Vorwürfe und Eifersucht des Mannes kam es seit 1957 zu Zerwürfnissen. 1959 unternahm die Patientin einen Suicidversuch. Danach besserten sich die ehelichen Beziehungen, bis 1966 bei der Patientin eine teils durch einen Descensus uteri, teils psychogen bedingte Harninkontinenz auftrat. Während dieser Zeit nahmen die ehelichen Spannungen wieder zu.

Fall 7

Krankengeschichte Nr.167/67
E.G., 32 Jahre, Hausfrau, verheiratet

Familienanamnese

Die Eltern sind beide 64 Jahre alt und gesund. Ein Bruder der Patientin leidet unter Migräne, eine Schwester ist gesund. Eine Schwester der Mutter leidet seit Jahren unter Schwermut.

Eigenanamnese

Geburt und frühkindliche Entwicklung verliefen normal. Als Kind erkrankte die Patientin an Masern und Scharlach. 1952 machte eine Commotio eine stationäre Behandlung notwendig.

Sozialanamnese

Die Patientin wurde als älteste Tochter von drei Kindern eines Schreiners im Sudetenland geboren. Sie besuchte dort 4 Jahre die Volksschule. 1946 erfolgte die Umsiedlung nach Hessen, wo es die Eltern innerhalb kurzer Zeit zu neuem Besitztum brachten. Die Patientin besuchte hier das Realgymnasium und verließ die Schule mit dem Abschluß der mittleren Reife. Anschließend ging sie für ein Jahr zur höheren Handelsschule und arbeitete dann 4 Jahre im Büro. Um die Welt kennenzulernen, wanderte die unternehmungslustige Patientin 1958 mit zwei Vettern nach Kanada aus. Sie fand eine Anstellung bei einer Bank und bewohnte zusammen mit ihren Verwandten ein Haus. Durch sie gewann sie Anschluß an die Bevölkerung. 1960 lernte sie ihren Mann kennen - einen Österreicher, den ebenfalls seine Unternehmungslust nach Kanada gebracht hatte. In dieser Zeit wurde ihr Heimweh nach den Eltern so stark, daß sie ihre Ersparnisse opferte, um nach Deutschland fahren zu können. Zuhause war sie nur 6 Monate tätig; dann entschloß sie sich, nach Kanada zu ihrem Mann zurückzukehren. 1962 heiratete sie; 1963 wurde, unerwünscht, ihre Tochter geboren. Die Patientin hatte Angst, das Kind nicht richtig versorgen zu können. Dieser Aufgabe fühlte sie sich nicht gewachsen, zumal da der Mann in dieser Zeit arbeitslos war und finanzielle Sorgen bestanden. Diese Schwierigkeiten hatten starke Stimmungsschwankungen zur Folge, die die Patientin zunächst ausgleichen konnte. 1964 starb der Vetter, der sie in allen Fragen unterstützt und auch finanziell mitversorgt hatte. In diese Zeit fällt die erste stationäre Aufnahme der Patientin in eine Nerven-

klinik. Eine vollständige Remission trat danach nicht auf; sie hatte nur den einen Wunsch, nach Deutschland zurückzukehren, dem ihr Mann widerwillig entsprach. Zu Hause wohnten sie bei den Eltern und mußten sich wieder einen eigenen Haushalt einrichten, ihre Ersparnisse waren durch die Überfahrt aufgezehrt. Die Patientin unternahm zweimal einen Arbeitsversuch, den sie wegen Konzentrationsschwäche abbrechen mußte. 1966 erfolgte eine zweite stationäre Behandlung. Die Besserung hielt nur wenige Monate vor, die Patientin litt unter einer Isolation in der neuen Umgebung, von der sie sich verfolgt fühlte, so daß eine erneute Einweisung nötig war.

Primärpersönlich handelt es sich um eine selbstbewußte, intelligente, kontaktfreudige und fleißige Persönlichkeit.

Das Krankheitsbild wurde als 3. Phase einer endogenen Psychose mischbildartiger Prägung diagnostiziert.

Zusammenfassung

Die 32 jährige Hausfrau befindet sich wegen der dritten Phase einer endogenen Depression in stationärer Behandlung. Eine Tante leidet unter "Schwermut", sie selbst wurde wegen einer Commotio (1952) stationär behandelt. 1946 Umsiedlung aus dem Sudetenland nach Hessen. 1958 wanderte die Patientin mit zwei Vettern nach Kanada aus. 1960 fuhr sie zurück nach Deutschland, da sie Heimweh nach ihren Eltern bekam. Nach 6 monatigem Aufenthalt in Deutschland reiste sie wieder nach Kanada, wo sie 1962 heiratete und 1963 eine Tochter zur Welt brachte. 1964 starb ein Vetter, der die Familie - der Ehemann war seit längerer Zeit arbeitslos- finanziell unterstützt hatte. In diese Zeit fällt die erste stationäre Aufnahme. Danach kehrte sie nach Deutschland zurück, wo sie sich vergeblich bemühte, einem Beruf nachzugehen. 1966 zweite stationäre Aufnahme. Nach der Entlassung nur vorübergehende Besserung der Beschwerden; sie litt unter einer Isolation in der neuen

Umgebung und an Verfolgungswahn. Daher wurde eine erneute stationäre Aufnahme erforderlich.

Fall 8

Krankengeschichte Nr. 330/67
H.K., 25 Jahre, kaufmännischer Angestellter, ledig

Familienanamnese

Der Vater ist 60 Jahre, er trinkt seit etwa 10 Jahren. Die Mutter ist im Alter von 47 Jahren an einem Mamma-Carcinom gestorben. Zwei Geschwister der Mutter haben Suicid verübt. Zwei Brüder des Patienten leiden unter Asthma, ein Bruder ist seit einem Verkehrsunfall 1965 arbeitsunfähig und psychisch auffällig.

Eigenanamnese

Geburt und frühkindliche Entwicklung verliefen normal. Kinderkrankheiten sind dem Patienten nicht bekannt. Er erkrankte mehrmals an Lungenentzündungen. 1954 erfolgte eine Appendektomie.

Sozialanamnese

Der Patient wurde als drittes von vier Kindern eines Fabrikbesitzers geboren. Wegen der Trunksucht des Vaters wuchs der Patient in unharmonischen Familienverhältnissen auf. Die Mutter starb 1953, als der Patient 10 Jahre alt war. Der Haushalt wurde von der Schwester der Mutter versorgt, die sich jedoch vier Monate nach dem Tod der Mutter das Leben nahm. Bis zur zweiten Ehe des Vaters 1957 wurden die Kinder von einer Haushälterin versorgt. Die zweite Frau des Vaters starb 1960. Der Patient besuchte 4 Jahre die Volksschule und verließ das Gymnasium mit dem Abschluß der mittleren Reife. Anschließend ging er zwei

Jahre auf die Handelsschule und war dann als Angestellter in einem Großhandel tätig. Da der Vater des Patienten sein Geschäft sehr vernachlässigte und wegen der Trunksucht nicht weiter zur Leitung befähigt war, hatte ein Bruder den Betrieb übernommen. Durch sein aufwendiges Leben war der Betrieb verschuldet, als der Patient nach einem Unfall des Bruders 1965 die Leitung übernahm. Er mußte ein Vergleichsverfahren einleiten, war aber dennoch in der Firma angesehen. Als der Teilhaber des Geschäftes die Kündigung seines Anteils androhte, wurde der bis zu diesem Zeitpunkt aufgeschlossene Patient interesselos und traurig. Er klagt seitdem über einen ständigen Druck im Kopf, der ihm das Arbeiten unmöglich mache. Er macht sich Sorgen um den Vater, der sozial nicht versorgt ist. Wegen der Kopfschmerzen und einer Schlaflosigkeit begab er sich in stationäre Behandlung.

Primärpersönlich schildert sich der Patient als aufgeschlossenen Menschen, er neige zu Stimmungsschwankungen und habe eine pessimistische Lebenseinstellung, dabei sei er jedoch kontaktfreudig. Das Verhältnis zu seinen Geschwistern sei gut, mit dem Vater spreche er seit einigen Jahren nicht mehr.

Diagnostisch handelt es sich um eine neurotische Depression.

Zusammenfassung

Der 25 jährige, ledige kaufmännische Angestellte wird wegen einer neurotischen Depression behandelt. Zwei Geschwister der Mutter verübten Selbstmord, der Vater trinkt seit etwa 10 Jahren. Der Patient wuchs in unharmonischen Familienverhältnissen auf(Trunksucht des Vaters). Nach dem Tod der Mutter (1953) wurde der Haushalt von einer Tante weitergeführt, die sich jedoch nach vier Monaten das Leben nahm. 1957 heiratete der Vater zum zweiten Mal. 1960 starb die Stiefmutter des Patienten. Der Vater mußte wegen seiner Trunksucht die Leitung des

Familienbetriebes an einen Bruder des Patienten abtreten. 1965 übernahm der Patient nach einem Verkehrsunfall des Bruders den verschuldeten Betrieb, mußte ein Vergleichsverfahren einleiten und einen Teilhaber in den Betrieb aufnehmen. Als dieser jetzt mit der Kündigung seines Anteiles drohte, traten beim Patienten Interesselosigkeit, ständiger Kopfdruck und Schlaflosigkeit auf. Differentialdiagnostisch ist die erste Phase einer endogenen Depression zu erwägen, vorerst aber nicht zu beweisen. Eine endo-reaktive Dysthymie (WEITBRECHT) ist wegen der erblichen Belastung und im Hinblick auf die kaum auffällige Primärpersönlichkeit unwahrscheinlich.

Fall 9

Krankengeschichte Nr. 77/64
H.K., 35 Jahre, Apothekenassistent, ledig

Familienanamnese

Der Vater starb mit 64 Jahren an einem Schlaganfall. Die Mutter und drei Brüder sind gesund.

Eigenanamnese

Geburt und frühkindliche Entwicklung verliefen normal, es finden sich keine Anzeichen für Neurotizismen. Als Kind erkrankte er an Masern, Windpocken, Scharlach und Diphterie, später an einer Hepatitis. 1951 wurde er appendektomiert, 1954 war ein stationärer Aufenthalt wegen einer Commotio erforderlich, 1957 wurde eine Gastritis stationär behandelt. 1961 wurde der Patient wegen eines Verdachts auf multiple Sklerose in eine neurologische Klinik eingewiesen, wo dieser Verdacht nicht bestätigt wurde.

Sozialanamnese

Der Patient wurde im Sudetenland als zweites von vier Kindern geboren. Er wuchs wohlbehütet im Elternhaus auf und galt als der "Kleine und Schwache". Er besuchte vier Jahre die Volksschule, anschließend das Gymnasium. Unterbrochen durch Krieg- und Fluchterlebnisse konnte er, - nach einem Jahr Aufenthalt in Thüringen -, erst 1949 nach seiner Flucht in den Westen sein Abitur machen. In den folgenden drei Jahren arbeitete er in einer Weberei, um die Mutter und die zwei jüngeren Geschwister unterstützen zu können, die nach dem Tode des Vaters nur eine geringe Rente erhielten. Der älteste Bruder studierte bereits zu dieser Zeit, ohne sich um die wirtschaftliche Situation seiner Familie zu kümmern. Von 1952-1954 absolvierte der Patient das zum Pharmaziestudium erforderliche Praktikum. Bis 1959 studierte er mit Unterbrechungen 4 Semester Pharmazie; zwischenzeitlich verdiente er Geld. 1959 wurde er wegen eines "nervösen Erschöpfungszustandes" stationär behandelt, seitdem hat er sein Studium nicht fortgesetzt. 1960 bekam er eine Stelle als Apothekenassistent. Trotz des guten Verdienstes belaste ihn die Situation sehr: Er könne diesen Beruf nicht sein Leben lang ausüben. Gegenüber seinen Brüdern fühlt er sich zurückgesetzt. Im Gegensatz zum ältesten Bruder unterstützt er die Familie heute noch und sieht sich deshalb nicht in der Lage, eine eigene Familie zu gründen; zu heterosexuellen Beziehungen sei es nie gekommen. Zusätzlich mußte er den Schaden eines vom Bruder verursachten Verkehrsunfalles begleichen. Diese Schulden belasteten ihn so sehr, daß er beabsichtigte, in die DDR zu gehen. Zu dieser Zeit nehmen seine Pseudohalluzinationen zu: Mit dem 18. Lebensjahr begann er Geschichten meist sexuellen Inhaltes zu ersinnen. Die Gestalten dieser "Tagträumereien" stellte er sich in solcher Deutlichkeit vor, daß er die Personen zu greifen glaubte. In suicidaler Absicht nahm

der Patient eine Überdosis Schlaftabletten, deshalb erfolgte seine Einweisung.

Primärpersönlich schildert sich der Patient als weichen, selbstunsicheren, melancholischen Menschen. Während seines Studiums sei er zum Einzelgänger geworden, der Versuch, den Anschluß an ein geregeltes Leben und eine entsprechende soziale Stellung zu finden, sei während dieser Zeit gescheitert.

Diagnostisch handelt es sich um eine sexual - neurotische Charakterentwicklung.

Zusammenfassung

Bei dem 35 Jahre alten, ledigen Apothekenassistenten liegt eine sexual-neurotische Entwicklung vor. 1954 stationäre Behandlung wegen einer Commotio. Die Schulausbildung wurde durch den Krieg und die Flucht aus dem Sudetenland über Thüringen nach Hessen unterbrochen. 1949 bestand er das Abitur. Nach dem Tod des Vaters mußte er die mittellose Familie finanziell unterstützen. Bis 1959 studierte er mit Unterbrechungen 4 Semester Pharmazie, zwischenzeitlich mußte er Geld verdienen. 1959 wurde er wegen eines nervösen Erschöpfungszustandes behandelt. Er brach das Studium ab und arbeitet seit dieser Zeit als Apothekenassistent, ein Beruf, der ihn nicht ausfüllt. Seit dem 18. Lebensjahr erfindet er Geschichten meist sexuellen Inhaltes, zu heterosexuellen Beziehungen ist es jedoch nie gekommen. In suicidaler Absicht nahm er eine Überdosis Schlaftabletten ein.

Fall 10

Krankengeschichte Nr. 540/67
K.B., 29 Jahre, Fuhrunternehmer, ledig

Familienanamnese

Der Vater starb mit 57 Jahren an einer Apoplexie. Die Mutter ist 61 Jahre und ebenso wie zwei Schwestern gesund. Eine Schwester ist psychisch auffällig, dabei aber arbeitsfähig.

Eigenanamnese

Geburt und frühkindliche Entwicklung verliefen normal. An Kinderkrankheiten machte der Patient Masern durch. Mit 26 Jahren erkrankte er an Pfeifferschem Drüsenfieber. In letzter Zeit wurde eine Bandscheibendegeneration diagnostiziert.

Sozialanamnese

Der Patient wurde als Sohn eines Fuhrunternehmers geboren und wuchs zusammen mit drei Schwestern im Elternhaus auf. Er litt unter den Spannungen zu Hause, die dauernd zwischen dem reizbaren, unzufriedenen Vater und der rechthaberischen Mutter bestanden. Der Patient besuchte 8 Jahre die Volksschule und machte dann eine Lehre als Elektroinstallateur. Gegen seinen Willen trat er auf Wunsch des Vaters in dessen Geschäft ein und führt es seit dem Tod des Vaters 1959 allein weiter. Nur mit Rücksicht auf die Mutter und Schwester, die er unterhält, führt er den Betrieb weiter. Er eigne sich nicht zum Geschäftsmann, könne den Betrieb nicht vergrößern und fühle sich dem Beruf als Unternehmer nicht gewachsen. Mit 27 Jahren verlobte sich der Patient, er trennte sich jedoch nach einem Jahr von seiner Verlobten, da sie ein Verhältnis zu einem anderen Mann unterhielt. In der folgenden Zeit nahm er Beziehungen zu einer anderen Frau auf, er sei jedoch impotent gewesen. Über dieses Versagen machte sich der Patient viele Gedanken, er beschäftigte sich nur noch mit seinen Problemen; es trat eine Schlaflosigkeit auf, die eine stationäre Aufnahme notwendig machte.

Primärpersönlich schildert sich der Patient als sehr ruhig und unsicher. Er sei kontaktarm, nachtragend und starken Stimmungsschwankungen unterworfen.

Diagnostisch handelt es sich um eine Insomnie bei endogen-biologischer Verstimmung.

Zusammenfassung

Der 29 jährige Fuhrunternehmer, bei dem eine endogen-biologische Verstimmung vorliegt, wuchs in gespannten häuslichen Verhältnissen auf. Er machte eine Lehre als Elektroinstallateur, wurde dann aber vom Vater gezwungen, in dessen Fuhrunternehmen einzutreten. Seit dem Tode des Vaters (1959) führt er das Geschäft allein weiter. Eine 1964 eingegangene Verlobung löste er wieder, als er merkte, daß seine Verlobte ein Verhältnis zu einem anderen Mann unterhielt. In der Folgezeit nahm er Kontakt zu einer anderen Frau auf, er sei aber impotent gewesen. Wegen Schlaflosigkeit wurde eine stationäre Aufnahme erforderlich.

Diskussion der Ergebnisse

Wir haben unsere Untersuchungen auf neun wichtige Umwelteinflüsse beschränkt. Wenn wir nach akuten und chronischen Erlebnissen gliedern, sind die von uns beschriebenen Situationen Einflüsse, denen die Patienten lange Zeit ausgesetzt waren. Bei Durchsicht der Literatur fanden wir keine Untersuchung, die einen ähnlichen Ausschnitt der Umweltsituation eines Krankengutes berücksichtigte.

Wir diskutieren unsere Ergebnisse, soweit sich die berechneten Vertrauensgrenzen nicht überschneiden. Wir sind der Überzeugung, daß unsere kleinen Patientengruppen nicht repräsentativ für das gesamte Krankheitsbild stehen können, glauben aber doch, einen Beitrag zum Thema der Umweltsituation des psychiatrisch Kranken liefern zu können.

Wir sehen eine auffällig hohe Anzahl (40,87 %) von ledigen psychiatrischen Patienten, die durch das unterschiedliche Alter im Vergleich zu den ledigen neurologischen Patienten (14,29%) nicht erklärt werden kann. MALZBERG fand 1959 bei Neurotikern eine hohe Ledigenrate, PFLANZ bestätigt dieses Ergebnis bei einer Untersuchung eines psychiatrischen Patientengutes und glaubt an eine negative Beeinflussung der Krankheit durch das geringe Prestige der Ledigen.

Beruf und Wohnort unterscheiden sich nicht in diesen beiden Gruppen, wenn auch das Einkommen der psychiatrisch Kranken erheblich unter dem der neurologisch Kranken liegt; ein Beispiel dafür, daß innerhalb einer Berufsschicht große Unterschiede in Verdienst und Ansehen bestehen können. Wir sehen diese Ergebnisse in Übereinstimmung mit Untersuchungen von KORNHUBER, der städtische oder ländliche Herkunft sowie den Beruf als unwesentliche Faktoren für die Beeinflussung einer Psychose ansieht. Als auffällig betont er nur die häufigen Depressionen bei Beamten, die wir ebenfalls bestätigen können: 5,57 % des psychiatrischen und nur 1,9 % der neurologisch Kranken sind Beamte. LIPSCHITZ stellte bereits um die Jahrhundertwende fest: "Es sollen solche Fälle besonders in der Praxis der sogenannten besseren Gesellschaftsklassen gar nicht selten sein."

Eine schlechte wirtschaftliche Lage finden wir bei Neurotikern und Schizophrenen, kombiniert mit ungünstigen Wohnverhältnissen. Über die häusliche Umgebung beklagen

sich alle psychiatrischen Patienten, während eine schlechte Versorgung nur Depressive und Neurotiker angeben. Übereinstimmend bei allen psychiatrisch Kranken sehen wir die meisten Konflikte in der familiären und ehelichen Situation. Sechs Patienten unserer Einzelbeobachtungen leiden unter familiären Problemen oder haben Schwierigkeiten in der Ehe. So glauben wir insbesondere bei den einzelkasuistischen Darstellungen Nr. 1, 5 und 6 eine Beeinflussung des Leidens durch die Familien- und Eheverhältnisse zu sehen, obwohl auch andere belastende Faktoren bei ihnen auftreten. Bei der Schilderung der Umweltsituation müssen wir berücksichtigen, daß manche Patienten bemüht sind, kausale Zusammenhänge zwischen Krankheit und Lebenssituation zu suchen. PAULEIKHOFF meint, die subjektive Stellungnahme des Patienten zu einem auslösenden Ereignis sei auffallend kritisch; es gebe Patienten, die vorausgegangene Krisensituationen verschweigen, da sie sich die Schwierigkeiten entsprechend ihrer Lebenseinstellung nicht eingestehen wollen.

Bemerkenswert ist, daß wir bei der Befragung nach der Entwurzelung in keiner Krankheitsgruppe eine wesentliche Abweichung von der Kontrollgruppe (15,91%) feststellen konnten. Berücksichtigen wir, daß wir unter Entwurzelung weitgehend die Erlebnisse der Kriegsjahre verstehen, so sehen wir eine Übereinstimmung mit den Feststellungen BONHOEFFER's und VON BAEYER's, die die Kriegserlebnisse als nicht pathogen ansehen. EBERMANN und MÖLLHOFF beschreiben an Donaudeutschen, die nach Baden geflohen waren, einen Anstieg der Neurosen und Psychopathien um das Fünffache im Vergleich zur eingesessenen Bevölkerung. Diese Untersuchung wurde 1951 angestellt; wir nehmen an, daß bei unseren Patienten nach 25 Jahren die Kriegserlebnisse der Vergangenheit angehören oder von akuten Nöten verdrängt sind. In einem unserer Fälle (Nr.7) ging die Entwurzelung dem Ausbruch der Psychose voraus. Dabei handelte es sich

jedoch um freiwillige Emigration. Eine äußere Vereinsamung stellten wir bei Schizophrenen und Neurotikern fest.

Eine auffällige berufliche Belastung tritt bei Neurotikern und Psychopathen in Erscheinung: 43,02 % (Kontrollgruppe 4,55 %). Desgleichen leiden Schizophrene unter beruflichen Problemen (35,14%). Speziell zum Problem der Schizophrenie weisen wir auf die gegenwärtige Diskussion hin, ob die situativen Schwierigkeiten Folgen der Krankheit sind oder zu ihrem Ausbruch führen.

Wir können feststellen, daß wir innerhalb der einzelnen Umweltprobleme nur bei der wirtschaftlichen Situation, der Versorgung zu Hause und einer Entwurzelung keine Unterschiede zwischen der Gesamtanzahl der neurologisch Kranken und dem gesamten psychiatrischen Krankengut gefunden haben.

Vergleichen wir die Krankheitsbilder getrennt miteinander, so sehen wir, daß die geringste Störung der Umweltsituation bei den psychosomatischen Krankheiten vorliegt. LÓPEZ IBOR und SPIEGELBERG vermuten eine neurogene Beeinflussung und cyclothyme Verlaufsformen psychosomatischer Krankheiten und lehnen soziogene Faktoren als alleinige Ursache ab. Wir glauben, daß sich in unserer Untersuchung neurologische und psychiatrische Störungen zu stark mit den psychosomatischen Affektionen überlagern, als daß wir eine eindeutige Aussage über die Abhängigkeit dieser Krankheiten von der Umwelt machen könnten. Die Fragen unserer Untersuchung müssen einem größeren Patientengut mit rein psychosomatischen Störungen vorgelegt werden, um dann eine Antwort auf die Frage nach endogener oder umweltbedingter Beziehung der psychosomatischen Krankheit geben zu können.

Innerhalb des MDI, der Schizophrenie und der Neurose zeigen die Patienten des MDI in sechs von zehn untersuchten Umweltsituationen die geringste Abweichung von der Kontrollgruppe. Die Neurotiker weichen in allen untersuchten Fragen am stärksten von den Patienten mit geregelten Umweltverhältnissen ab.

Insgesamt sehen wir in 31,61 % aller psychiatrisch Kranken (Kontrollgruppe 4,55%) eine ungünstige Auswirkung der Umweltprobleme auf das Gesamtleiden. Daran haben den größten Anteil die Neurosen mit 60,47 % und den geringsten die Kranken des MDI mit 14,04 %. Die Depressionen sind nicht umweltabhängig, wir müssen es nach unseren Ergebnissen ablehnen, sie als abnorme Erlebnisreaktionen wie SCHULTZ-HENCKE anzusehen, glauben aber doch, daß situative Einflüsse zum Thema der Psychose werden können, wie wir es an unseren Einzelbeobachtungen aufgezeigt haben. Der familiären und ehelichen Situation messen wir eine besondere Bedeutung bei.

Die frühkindlichen, neurosefördernden Einflüsse haben wir nicht untersucht, möchten aber darauf hinweisen, daß in fünf der zehn beschriebenen Fälle eine gestörte Kindheit geschildert wurde. In Fall 5 und 10 führte sie zur echten neurotischen Fehlentwicklung; im Fall 2 entwickelte sich eine Anorexia nervosa, fünf Jahre später erkrankte diese Patientin an einer atypischen Psychose, wobei differentialdiagnostisch eine Schizophrenie in Erwägung gezogen wurde. Viele Autoren halten emotionelle Störungen für bedeutungsvoll bei der Entstehung einer Anorexia nervosa, so spricht NICOLLE von einem "praepsychotischen Zustand" und STÄUBLI-FRÖHLICH von "schizothym-invertierter Einstellung". BINSWANGER weist auf familiäre Probleme und Schulschwierigkeiten dieser Patienten hin. Diese Autoren zählen die Anorexia nervosa zu den praeschizophrenen Erkrankungen.

Wir ermittelten für jedes Krankheitsbild die Häufigkeit der situativen Belastungen und gliederten sie

nach einfachem, doppeltem und mehrfachem Auftreten. Bei den Angaben einer einfachen Umweltstörung finden wir bei keiner Patientengruppe eine wesentliche Abweichung von der Kontrollgruppe (19,32 %). SCHULTZ-HENCKE weist auf das reziproke Verhalten von Neurose und Konflikt hin. Je ausgeprägter die Neurosestruktur sei, um so geringer brauche der Anlaß zu sein, der sie auslöse. Bei exzessiver neurotischer Struktur oder Persönlichkeit genüge eine normale Lebenssituation. Unsere Ergebnisse weisen für Neurosen und Psychopathien eine sehr ungünstige Lebenssituation auf: erst bei mehrfacher Belastung erkranken sie. BÜRGER-PRINZ glaubt, der Begriff des Abnormen sei heute viel weiter gefaßt als in früherer Zeit. Heute versuche man,selbst die Handlungsweise des Kriminellen zu verstehen und in Abhängigkeit von der menschlichen Gesellschaft zu sehen. Das Abnorme sei aus der "Randzone menschlichen Verhaltens" herausgelöst, Die Verhaltensweise des Menschen ändere sich im Laufe seines Lebens dauernd, - nur die echte Persönlichkeit gleiche sich nicht an. Erst bei extrem veränderter Haltung werde der Mensch als Neurotiker angesehen, dieser abnormen Reaktionsweise gehe eine massive Belastung durch die Umwelt voran.

Wir untersuchten, ob einem der neun beschriebenen Umweltfaktoren eine besondere Bedeutung innerhalb jeder Krankheitsgruppe zukomme und beurteilten dabei männliche und weibliche Patienten getrennt. Bei den psychiatrischen Diagnoseklassen des MDI, der Schizophrenie und der Neurosen sowie bei der Gruppe der psychosomatischen Krankheiten ergibt sich kein auffälliger Unterschied. Es ist bemerkenswert, daß die beruflichen Probleme bei beiden Geschlechtern mit Ausnahme der Neurotiker als nicht wesentlicher Faktor erscheinen. BOCHNIK untersuchte 5000 Menschen nach Suicidversuchen, um zu ergründen, aus welcher Lebenssituation heraus sie den Suicidversuch unternommen hatten. Berufskonflikte als Ursache fand er

bei jungen Menschen unter 25 Jahren und im Alter bei Männern im 6.Lebensjahrzehnt und bei Frauen im 5.Lebensjahrzehnt. Konflikte mit dem Partner hatten die größte Bedeutung im Alter von 22 - 50 Jahren; sie wurden von Frauen schlechter ertragen als von Männern. Wir sehen eine Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen aller psychiatrischen Patienten, die bei einem Durchschnittsalter von 39,68 Jahren keine beruflichen Probleme , jedoch erhebliche Liebeskonflikte aufweisen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß wir eine Abweichung der Lebenssituation der psychiatrischen Patienten von der der neurologischen gefunden haben. Bei dem MDI und der Schizophrenie glauben wir, daß in den Umweltproblemen ein Reiz für die Krankheit liegt. Diese Probleme mögen zur äußeren Form und Gestaltung der endogenen Psychosen beitragen und auch den Zeitpunkt des Auftretens bestimmen; ursächlich sehen wir keinen Zusammenhang zwischen ihnen und den Psychosen. Im Gegen - satz dazu brauchen der Neurotiker und der Psychopath ihre Umwelt; nur in der Auseinandersetzung mit ihr können ihre Störungen zum Ausdruck kommen. Neben der gestörten Kindheitsentwicklung liegen die größten Schwierigkeiten in der familiären und ehelichen Situation.

Zusammenfassung

Nach einer einleitenden Darstellung der wesentlichen Umweltfaktoren und ihrer Neugestaltung in den letzten Jahrzehnten referierten wir die einschlägige Literatur über die Bedeutung der Lebenssituation des psychisch Kranken. Wir gliederten die Literaturangaben auf in Arbeiten zur Psychose, zur Neurose und zu psychosomatischen Krankheiten.

Unsere eigenen Untersuchungen erstrecken sich auf 638 Patienten der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Marburg/Lahn. Mit Hilfe eines Fragebogens gewannen wir die für uns wichtigen soziologischen Daten der Patienten. Wir untersuchten neun Faktoren der Lebenssituation und beurteilten ihren Einfluß auf das Leiden.

Das gesamte psychiatrische Krankengut unterschied sich deutlich in seiner Umweltsituation von der neurologischen Krankengruppe, und es wies vermehrt Schwierigkeiten in der Auseinandersetzung mit seiner Umgebung auf. Dabei kamen besondere Bedeutung zu: 1. der Familie, 2. sexuellen Beziehungen, 3. den Wohnverhältnissen und der häuslichen Umgebung, 4. einer Vereinsamung, 5. beruflichen Problemen. Bei 31,6 % aller psychiatrisch Kranken wirkten sich diese Probleme ungünstig auf das Gesamtleiden aus. Im Gegensatz dazu beurteilten beide Krankheitsgruppen ihre wirtschaftliche Lage , die Versorgung zu Hause und eine Entwurzelung nicht unterschiedlich. Innerhalb der einzelnen Probleme standen an erster Stelle die familiären sowie sexuellen Schwierigkeiten. Auffallend war die geringe Bedeutung einer beruflichen Belastung bei Frauen wie Männern.

Wir fanden die meisten Schwierigkeiten bei Neurotikern und Psychopathen; die Patienten mit psychosomatischen Störungen waren am geringsten durch ihre Umwelt belastet. Wir nehmen an, daß diese Erkrankungen erheblich von den psychiatrischen oder neurologischen Leiden überlagert wurden, so daß wir das Ergebnis einer Unabhängigkeit dieser Patienten von ihrer Umweltsituation sehr kritisch betrachten.- Die Kranken des MDI zeigten eine situative Belastung, die nicht wesentlich von der Kontrollgruppe abwich.

Bei zehn Einzelbeobachtungen beschrieben wir verschiedene Konflikte, die durch die Auseinandersetzung der Patienten mit ihrer Umgebung entstanden waren.

Bei unserer Untersuchung ergab sich, daß die an endogenen Psychosen erkrankten Patienten vor Beginn der Krankheit in einer weitgehend ungestörten Umweltsituation lebten, während Konflikte mit der Umgebung für die Neurotiker eine Voraussetzung für den Ausbruch der Erkrankung darstellten.

Literaturverzeichnis

ALEXANDER,F. : Psychosomatische Medizin. Berlin 1951

BAEYER,W.VON : Zur Statistik und Form der abnormen Erlebnisreaktion in der Gegenwart. Nervenarzt 19 (1948), 402

BALLY,G. : Die eheliche und familiäre Gemeinschaft heute. In: PFISTER-AMENDE,M.: Geistige Hygiene in Forschung und Praxis. Basel 1955, 107

BALTRUSCH,H.J. : Persönlichkeitsstruktur und Erkrankung. Klin. Wschr. 34 (1956), 69

BENEDETTI,G. : Die Welt der Schizophrenen und deren psychotherapeutische Zugänglichkeit. Schweiz. med. Wschr. 84 (1954), 1029

BINSWANGER,H. : Zur Therapie und Praxis der Psychotherapie Schizophrener. Zeit. f. psychosom. Med. 1 (1954), 261

BIRNBAUM,K. : Die psychiatrischen Grenzgebiete. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. Bd.IV,Berlin 1929

- Soziologie der Neurosen. Arch. Psych. 99 (1933), 339

BLEULER,E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In : Handbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig und Wien 1911

- Lehrbuch der Psychiatrie .(Herausgeber M.BLEULER) Berlin, Göttingen, Heidelberg 1955

BLEULER,M. : Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941-1950. Fortschr. d. Neurol. u. Psych. 19 (1951), 387

BOCHNIK,H.J. : Multifaktorielle klinische Forschung. Stuttgart 1962

- Verzweiflung. In: Randzonen menschlichen Verhaltens. Stuttgart 1962, 201

BONHOEFFER,K. : Vergleichende psychopathologische Erfahrungen aus den beiden Weltkriegen. Nervenarzt 18 (1947), 1

BOSS,M. : Einführung in die psychosomatische Medizin. Bern 1954

BOVI,A. : Wohnungswechsel und Geisteskrankheiten. Nervenarzt 38 (1967), 251

BÜRGER-PRINZ,H. : Psychopathologische Bemerkungen zu den cyclischen Psychosen. Nervenarzt 21 (1950), 505

- Psychiatrie und Probleme der Umwelt. Studium generale 4 (1951), 227
- Psychiatrie und Soziologie. In: EHRHARDT,H., STUTTE,H.,PLOOG,D. : Psychiatrie und Gesellschaft. Bern, Stuttgart 1958, 48

CANNON,W.B. : "Voodoo" death. Psychosom. Med.19(1957), 182

CHOMBART DE LAUWE,P., MAYER-MASSÉ,G., TORRUBIA,A.H. et al.: Monographie de l'institut national d'hygiène Nr. 7 . Étud. socio-psychiatr. Paris 1955 Zitiert bei EBERMANN,H., MÖLLHOFF,G.

CLARK,R.E. : Psychoses, Income and Occupational Prestige. In: BENDIX,R., LIPSET,S. : Class, Status and Power. Ill. 1953, 333

DOCUMENTA GEIGY, wissenschaftliche Tabellen, 6. Auflage Basel 1960

DAVIES-WILSON : zitiert bei GLATZEL,H.: Zur Psychosomatik der Ulcuskrankheit.

DUNBAR,F.: Emotions and Bodily Changes. New York 1954

DUNHAM,W.H. : Current Status of Ecological Research. In: ROSE,A.M. : Mental Health and Mental Disorder. New York 1955

DÜHRSSEN,A. : Das Problem der auslösenden Konflikt - situation in der Diagnostik psychogener Erkrankungen. Zeit. f. psychosom. Med. 1 (1954), 45

- Psychiatrische Aspekte zur Familiensoziologie. In: KÖNIG,R., TÖNNESMANN,M.: Probleme der Medizin-Soziologie.Köln 1961

EBERMANN,H., MÖLLHOFF,G. : Psychiatrische Beobachtungen an heimatvertriebenen Donaudeutschen. Nervenarzt 28 (1957), 399

ENDERS,B. : Klinische Untersuchungen über das Vorkommen psychosomatischer Störungen im Rahmen der neurologisch-psychiatrischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung gastro-intestinaler Störungen. Dissertation,Med. Fakultät Marburg (in Arbeit).

ENDERS,W. : Klinische Untersuchungen über Syndrom-Wechsel im Rahmen einer psychiatrisch-neurologischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung der psychosomatischen Störungen. Dissertation Med. Fakultät Marburg (in Arbeit).

FARIS,R.E. : Social Disorganisation. New York 1948

FARIS,R.E., DUNHAM,H.W. : Mental Disorders in Urban Areas. Chicago 1948

FREUD,S. : Gesammelte Schriften, Leipzig, Wien,Zürich 1924

FRIED,M.L. : Soziale Schichtung und psychische Erkrankung. In: KÖNIG,R., TÖNNESMANN,M.: Probleme der Medizin-Soziologie. Köln 1961

FRUMKIN,R. : zitiert bei FRIED,M.L.

GLATZEL,H. : Zur Psychosomatik der Ulcuskrankheit. Zeit. f. psychosom. Med. 1 (1954), 4

- Die psychischen und sozialen Wurzeln der Ulcuskrankheit. Med. Welt 1964, 1305

HAGSPHIL,K. : Psychosen in psychosomatischer Betrachtung. Zeit. f. psychosom. Med. 1 (1954), 241

HALLIDAY,J.E. : Concept of Psychosomatic Affection. Lancet 1943/2, 692

- Psychosocial Medicine, a Study of the Sick Society. New York 1948

HIRSCHMANN,J. : Umweltstabilität der Neurosehäufigkeit. Arch. Psych. 189 (1952), 192

HOFSTÄTTER,P.R. : Einführung in die Sozialpsychologie. Stuttgart, Wien 1954

HOLLINGSHEAD,A.B., REDLICH, F,C. : Social Class and Psychiatric Disorders. In: Interrelations between the Social Environment and Psychiatric Disorders. New York 1953

- Social Class and Mental Illness. New York 1958

HOLLMANN,H. : Krankheit, Lebenskrise und soziales Schicksal. Leipzig 1948

JACOB,H. : Wandlungen, Möglichkeiten und Grenzen der klinisch-psychiatrischen Exploration. In : Randzonen menschlichen Verhaltens. Stuttgart 1962, 62

- Wandlungen und Probleme der ärztlichen Fragemethoden und Fragetechniken in den klinischen Wissenschaften. Marburger Universitätsbund, Jahrbuch 1966/67, 269

JORES,A. : Zivilisatorische Einflüsse auf das menschliche Verhalten. Arch. f. physik. Therapie 9(1954), 184

- Der Mensch und seine Krankheit. Stuttgart 1956
- Der Tod des Menschen in psychologischer Sicht. Med. Klin. 1959, 237
- Zivilisation und Krankheit. Münch. med. Wschr. 101 (1959), 145

JORES,A. . und PUCHTA,H.G. : Der Pensiomierungstod. Med. Klin. 1959, 1158

KAPP,F.T. et al. : Psychological Factors in Men with Peptic Ulcers. Am. J. Psych. 103 (1947), 700

KÖNIG,R., TÖNNESMANN,M. : Probleme der Medizin-Soziologie. Köln 1961

KORNHUBER,H.: Über Auslösung cyclothymer Depressionen durch seelische Erschütterungen. Arch. Psych. 193 (1955), 391

KRAEPELIN,E. : Psychiatrie. Bd.3, 2.Teil. Leipzig 1913 8. Auflage

KRETSCHMER,E. : Zitiert nach WEITBRECHT,H.J.: Kritik der Psychosomatik.

KÜTEMEYER,W.: Körpergeschehen und Psychose. Stuttgart 1953

LANGE,J. : Über Melancholie. Z. Neurol. 101 (1926), 293

LIPSCHITZ,R. : Zur Ätiologie der Melancholie. Mschr. f. Psych. 18 (1905), 193

LÓPEZ IBOR,J.J. : Aufbau der Neurosen. Schweiz. Arch. f. Neurol., Neurochir. u. Psych. 91 (1963), 146

- Psychosomatische Forschung. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd.II/2. Berlin, Göttingen, Heidelberg 1963, 77

MALZBERG,A. : A Statistical Study of First Admissions with Psychoneurose in New York State 1949-1951. Am. J. Psych. 116 (1959), 152

MAUZ,F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen . Leipzig 1930

MITSCHERLICH,A. : Neurosen und Psychosen als soziale Phaenomene. In WEIZSÄCKER,V.VON : Arzt im Irrsal der Zeit. Göttingen 1956

- Über die Vielschichtigkeit sozialer Einflüsse auf Entstehung und Behandlung von Psychosen und Neurosen. Med. Klin. 52 (1957), 125,136

MURPHY,H.B.M. : Einwirkung von Emigration und Flucht auf die psychische Verfassung. In:PFISTER-AMENDE,M. : Geistige Hygiene in Forschung und Praxis. Basel 1955

MÜLLER-FAHLBUSCH,H., IHDA,S. : Endogene Depression bei Wohnungswechsel. Nervenarzt 38 (1967), 247

NICOLLE,M. : Zitiert bei SMIRRNOFF.V.VON.

ØDEGARD,S. : Zitiert bei PFISTER-AMENDE,M. : Psychologie und Psychiatrie der Internierung.

PAULEIKHOFF,B. : Das Problem der Lücke in der Psychopathologie. Arch. Psych. 195 (1956), 31

- Einflüsse bei der Auslösung endogen depressiver Phasen. Arch. Psych. 197 (1958), 669

- Auslösung endogen depressiver Phasen durch situative Einflüsse. Arch. Psych. 198 (1959), 456

PETRILOWITSCH,N. : Zur Strukturtheorie der endogenen Psychosen. Schweiz. Arch. Neurol. Psych. 81 (1958), 322

PFISTER-AMENDE,M. : Geistige Hygiene in Forschung und Praxis. Basel 1955

- Psychologie und Psychiatrie der Internierung. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd.3, 760 Berlin, Göttingen, Heidelberg 1963

PFLANZ,M. : Die epidemiologische Methode. In KÖNIG,R., TÖNNESMANN,M. : Probleme der Medizin-Soziologie. Köln 1961

- Sozialer Wandel und Krankheit. Stuttgart 1962

RICHTER,C.P. : Zitiert bei JORES,A. : Der Tod des Menschen in psychologischer Sicht.

ROSE,A.M. : Mental Health and Mental Disorder. New York 1955

ROSEN,J.N. : The Treatment of Schizophrenic Psychoses by Direct Analytic Therapie . Psychiatr. Quart. 21 (1947), 3117

RUESCH,J. : Social Technique, Status and Change in Illness. In: KLUCKHOHN et al. : Personality in Nature, Society and Culture. Second Ed. New York 1953

RUESCH,J. et al. : Duodenal Ulcer. A Sociopsychological Study of Naval Enlisted Personnel and Civilians. Berkely and Los Angeles 1948

SCHNEIDER,K. :-Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. Z. Neurol. 59 (1920), 281

- Klinische Psychopathologie. Stuttgart 1950, 3. Aufl.

SCHULTE,W. : Die Entlastungssituation als Wetterwinkel für Pathogenese und Manifestierung neurologischer und psychiatrischer Krankheiten. Nervenarzt 22 (1951), 141

SCHULTZ-HENCKE,H. : Der gehemmte Mensch. Stuttgart 1946
- Das Problem der Schizophrenie. Stuttgart 1952

SCHWIDDER,W. : Die Bedeutung psychischer Faktoren in der Ätiologie der Ulcuskrankheit. Psyche 4 (1951), 565

SELYE,H. : Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom. Stuttgart 1953

SMIRRNOFF,V.VON : Kritische Bemerkungen zum Problem der Anorexia mentalis. Psyche 12 (1958), 430

SPIEGELBERG,U. : Über Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten. Fortschr. Neurol. Psych. 23 (1955),221
- Colitis ulzerosa. Stuttgart 1956
- Zum Problem der Psychogenie. In: Randzonen menschlichen Verhaltens. Stuttgart 1962, 129
- Psychosomatische Probleme in psychiatrischer Sicht. Med.Welt 1962, 681
- Zur Psychosomatik des Ulcus pepticum und der Colitis ulzerosa. In: BÜRGER-PRINZ,H. und WINZENRIED,F.J.M. : Befinden und Symptom. Stuttgart 1964, 97
- Phobische Neurose und epileptische Anamnese. Med. Welt 1964, 146
- Zyklothymie, Neurose und psychosomatische Störung. In: Vitalität. Forum der Psychiatrie Enke, Stuttgart 1968,Festschrift für BÜRGER-PRINZ,H.

STAUDER,K.H. : Über den Pensionierungsbankrott. Psyche 9 (1955), 481

STÄUBLI-FRÖHLICH,F. : Probleme der Anorexia nervosa. Schweiz. med. Wschr. 83 (1953), 811, 837

STOKVIS,B. : Psychosomatik. In: FRANKL,V.E., GEBSATTEL, V.E. VON, SCHULTZ,J.H. : Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd.3, 435 München 1959/60

STRAUSS,R. : The Nature and Status of Medical Sociology. Am. Social. Rev. 22 (1957), 200

STROTZKA,H. : Sozialpsychiatrische Untersuchungen. Wien 1958

- Sozialpsychiatrische Überlegungen. In : KÖNIG,R.,TÖNNESMANN,M. : Probleme der Medizin-Soziologie.Köln 1961

SZONDI,P. : Zitiert bei HOFSTÄTTER,P.R.

TELLENBACH,H. : Melancholie.Berlin, Göttingen Heidelberg 1961

TORRUBIA,A.H. : siehe CHOMBART DE LAUWE,P.

UNGRICHT,J. : Über die psychohygienische Bedeutung des Berufes und der Berufswahl. In: PFISTER-AMENDE: Geistige Hygiene in Forschung und Praxis. Basel 1955, 156

UEXKÜLL,TH. VON : Möglichkeiten und Grenzen psychosomatischer Betrachtung. Nervenarzt 26 (1955), 377

UEXKÜLL,TH.VON.,MITSCHERLICH,A. : Krankheiten im Wandel der Welt. Berlin,Zürich 1957

VÖLKEL,H.: Psychische Faktoren bei Erkrankungen der Atmungsorgane. Zeit. f.psychosom. Med.2 (1956),83

WEITBRECHT,H.J. : Kritik der Psychosomatik.Stuttgart 1955

- Aus dem Vorfeld endogener Psychosen. Nervenarzt 35 (1964), 521

WELTER,M. : Über das Vorkommen psycho- oder somatotraumatischer Krankheitsauslösung im Rahmen neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen(Katagenese) Dissertation, Med. Fakultät Marburg (in Arbeit).

WIESENHÜTTER,M. : Soziologie der Neurosen. In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München,Berlin 1957 Bd. I, 338

ZUTT,J. : Über Daseinsordnungen. Nervenarzt 24 (1953), 177

Bitte in Druckschrift ausfüllen !

Klinik: Kg-Nr.: behandelt von: ..... bis: .....

Vorname: Initial d. Nachnamens: geboren am: ..... 19 Nationalität: .....

Hauptdiagnosen:

Alle Nebendiagnosen:

Therapie:

1. Kostenträger: RVO 3. Kl. (1), EK 3. Kl. (2), S. 3. Kl. (3), RVO o. EK zuzahlend, 1. o. 2. Kl. (4), S. 2. Kl. (5), S 1. Kl (6), KB-BVG (7), Übrige (wie Gerichte) (8), Fürsorge (9)

2. Geschlecht: männlich(1), weiblich(2)

3. Familienstand: ledig(1), verheiratet(2), geschieden(3), verwitwet(4), verwitwet u. wiederverheiratet(5), geschieden u. wiederverheiratet(6)

4. Zahl der Kinder: (bitte direkt eintragen)

5. Wohnort: Dorf(1), Kleinstadt(2), Mittelstadt(3), Großstadt(4)

6. Sozialniveau: Elend(1), unter Durchschnitt(2), Durchschnitt (ca. DM 800,- bis DM 1500,- monatl. Einkommen) (3), über Durchschnitt(4), reich(5), sehr reich, Luxus(6)

Zum Beruf:

7. Letzte berufl. Tätigkeit als: Arbeiter(1), Angestellter(2), Beamter(3), Freiberufl., Selbständiger(4), noch in Ausbildung(5)

8. Abgeschlossener, bzw. gegenwärtig beschrittener Bildungsweg: nicht schulfähig(1), Hilfsschule(2), Volksschule(3), Mittelschule(4), Oberschule, Gymnasium(5), Fachschule(6), Hochschule, Akademie, Universität(7), andere(8)

9. Jetziger Status: Schulausbildung, (Studium) (1), in Berufsausbildung(2), im Berufsleben(3), Rentner(4), nur Hausfrau(5), berufstätige Hausfrau(6), zum Wehrdienst eingezogen(7)

Falls invalidisiert:

10. Invalidisierungsursache: oben genanntes Hauptleiden(1), oben genanntes Nebenleiden(2), Berufsunfall(3), Berufskrankheit(4), Wehrdienstbeschädigung(5)

11. Lebensalter bei Invalidisierung: bis 25 J. (1), bis 30 J. (2), bis 35 J. (3), bis 40 J. (4), bis 45 J. (5), bis 50 J. (6), bis 55 J. (7), bis 60 J. (8)

12. Aufnahmegrund: Begutachtung-sozial(1), Begutachtung-zivilrechtl. (2), Begutachtung strafrechtl. (3), Behandlung eines akuten Zustandes ohne chron. Hintergrund(4), akute Verschlechterung eines chron. Leidens(5), Behandlung eines chron. Leidens ohne aktuellen Anlaß(6), Verkehrsunfall(7), Betriebsunfall(8), anderer Unfall(9)

13. Alkoholrausch bei Aufnahme: nein(1), Nebenbefund(2), Einweisungsgrund(3)

14. Senile Veränderungen: keine 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr schwere

15. Entstehungsart des Hauptleidens: Tumor(01), Trauma(02), infektiös u. entzündlich(03), Allergie(04), körperl. u. seel. Überbelastung(05), degenerativ(06), hereditär, endogen(07), Arzneimittelmißbrauch(08), Alkoholmißbrauch(09), sonst. Intoxikationen(10), noch unbekannt(11)

16. Diagnoseklassen: (Organschwerpunkt): Psyche(01), Nervensystem(02), vegetative Dystonie(03), Sinnesorgane(04), endokrines System(05), Herz- und Kreislauf(06), Atmungsorgane(07), Nieren und ableitende Harnwege(08), Geschlechtsorgane(09), Magen und Darm(10), Mundhöhle und Oesophagus(11), Leber und Gallenblase(12), Pankreas(13), Blut und blutbildende Organe(14), Bewegungsapparat(15), Haut(16), Simulation(17), Rentenbegehren(18)

17. In welche Diagnoseklasse fällt das Hauptleiden:

18. In welche Diagnoseklasse fällt das 1. Nebenleiden:

19. In welche Diagnoseklasse fällt das 2. Nebenleiden:

20. Sicherheit der Hauptdiagnose: völlig sicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 völlig unsicher

21. Verzögerung der Diagnostik: keine(1), krankheitsbedingt(2), durch zögernde Einwilligung des Patienten(3), durch organisatorische Schwierigkeiten(4), durch verschiedene Gründe(5):

22. Dauer des Hauptleidens bis zur jetzigen Beobachtung: 1 Tag(01), bis 3 Tage(02), bis 1 Woche (03), bis 2 Wochen (04), bis 1 Monat (05), bis 2 Monate (06), bis 3 Monate (07), bis 6 Monate (08), bis 1 Jahr (09), bis 2 Jahre (10), bis 3 Jahre (11), bis 4 Jahre (12), bis 5 Jahre (13), bis 10 Jahre (14), bis 15 Jahre (15), bis 20 Jahre (16), bis 25 Jahre (17), über 25 Jahre (18)

Das Hauptleiden verläuft beim Patienten: (bitte zutreffende Zahl einkreisen)

a) sehr leicht 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr schwer

b) ohne Komplikationen 1 - 2 - 3 - 4 - 5 mit erheblichen Komplikationen: .....

c) akut 1 - 2 - 3 - 4 - 5 chronisch

d) lokalisiert 1 - 2 - 3 - 4 - 5 generalisiert

24. Prognose des unbehandelten Hauptleidens: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann (7)

25. Prognose beim Patienten vermutlich: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann (7)

26. Zustand bei Entlassung: geheilt(1), gebessert(2), ungebessert(3), verschlechtert(4), verstorben(5), Tod durch Selbstmord(6)

27. Weiterbehandlung: keine(1), ambulant(2), stationär(3), Pflegeheim(4), durch Hausarzt(5)

28. Selbstmordneigung: unbekannt(1), suicidverdächtig o. Äußerung(2), äußert ernsthaft S-Ideen(3), äußert theatralisch S-Ideen(4)

29. Selbstmordversuche: keine(1), einen(2), zwei(3), drei(4), mehr als 3 (5)

30. Haupttherapie: keine(01), Unfallversorgung(02), sonstig operativ(03), sonstige physikalisch-konservative Behandl. (04), medikamentös-diätetisch(05), Strahlentherapie(06), pflegerische Maßnahmen(07), ärztl. Gespräch(08), spez. Psychotherapie(09), Schocktherapie(10)

31. Schlafmittel: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

32. Sedativa am Tag: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(4), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

33. Analgetica: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

34. Umgang mit Medikamenten: stark ablehnend(1), ablehnend(2), vernünftig(3), begehrend(4), Suchtneigung(5), süchtig(6)

35. Verhalten während der Behandlung: sehr tapfer 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr ängstlich
hochgradig schmerzempfindlich 1 - 2 - 3 - 4 - 5 indolent
(bitte zutreffende Zahl einkreisen)

36. Gesundungswille: sehr stark 1 - 2 - 3 - 4 - 5 will sterben

37. Stellung des Patienten zu den Ärzten:

a) Aufsuchen eines Arztes: nur bei ernstem Anlaß(1), bei angemessenem Anlaß(2), bei nichtigem Anlaß(3), nicht zu beurteilen(4)

b) Treue des Patienten zum Arzt: ausschließlich ein (prakt.)Arzt(1), vorwiegend ein (prakt.)Arzt(2), wechselt häufig den Arzt(3), wechselt häufig und macht andere Ärzte schlecht(4), nicht zu beurteilen(5)

38. Im Umgang mit dem Arzt: sehr schwierig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nicht schwierig

Primärpersönlichkeit: (bitte zutreffende Zahl einkreisen), z. B. (2)

39.	Antrieb:	schwunglos, lahm	1 - 2 - 3 - 4 - 5	schwungvoll, antriebsreich
40.	Menschlicher Kontakt:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
41.	Körperl. Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
42.	Seelische Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
43.	Ehrgeiz, Geltungsbedürfnis:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
44.	Vegetativum:	sehr labil	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stabil
45.	Affektivität:	stumpf, schwer ansprechbar	1 - 2 - 3 - 4 - 5	erregbar, reizbar
46.	Selbstgefühl:	sehr selbstunsicher	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr selbstsicher
47.	Gemüt, Emotionalität:	eiskalt	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr warmherzig
48.	Stimmung:	traurig, depressiv	1 - 2 - 3 - 4 - 5	optimistisch, heiter
49.	Intelligenz:	Schwachsinn	1 - 2 - 3 - 4 - 5	hohe Intelligenz
50.	Senile Veränd., Abbau:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr ausgeprägt
51.	Wesensänderung	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr ausgeprägt

52. Auswirkungen der genannten Persönlichkeitsmerkmale auf das Gesamtleiden:
sehr günstig(1), günstig(2), keine(3), ungünstig(4), sehr ungünstig(5)

53. Falls Auswirkung vorhanden: in akuter Phase(1), in d. Rekonvaleszenz(2), in beiden(3)

54. auf Arbeitsfähigkeit(1), stationäre Behandlungsnotwendigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Revers(5), Ansprüche an Pflege(6)

Umweltsituation: (bitte zutreffende Zahl einkreisen)

55.	Wirtschaftliche Lage:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr günstig
56.	Wohnverhältnisse:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr günstig
57.	Häusliche Umgebung:	kalt, lieblos	1 - 2 - 3 - 4 - 5	warm, besorgt
58.	Versorgung zu Hause:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr gut
59.	Familiäre Probleme (Eltern, Kinder):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
60.	Ehe- Liebeskonflikte:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
61.	Entwurzelung (Flucht, u.s.w. z.B. NS-Verfolgung):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
62.	Vereinsamung (äußere):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
63.	Berufliche Probleme:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche

64. Auswirkung der genannten sozialen Bedingungen auf das Gesamtleiden:
sehr günstig(1), günstig(2), keine(3), ungünstig(4), sehr ungünstig(5)

65. Falls Auswirkung vorhanden: in akuter Phase(1), in d. Rekonvaleszenz(2), in beiden(3)

66. auf Arbeitsfähigkeit(1), stationäre Behandlungsnotwendigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Revers(5), Ansprüche an Pflege(6)

67. Neigung des Patienten, Sozialleistungen auszunutzen: (Verschickungen, Verschreibungen, Krankschreiben, Bescheinigungen u. ä.):
keine (muß darauf hingewiesen werden (1), leichte(2), erhebliche(3), starke(4), extrem starke(5)

68. Schwerpunkt des Gesamtleidens:

Bei stationärer Behandlung:

69. Stationärer Aufenthalt in Wochen: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

70. Anzahl der Betten im Pat.- Zimmer: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

71. Pat. war auf Station: immer bettlägering(1), meist bettlägerig(2), zeitweise auf(3), immer auf(4)

72.	Besondere Pflegebedürftigkeit:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr große (z. B. bei Bewußtlosigkeit)
73.	Im Umgang mit dem Pflegepersonal:	sehr schwierig	1 - 2 - 3 - 4 - 5	nicht schwierig
74.	Haltung auf der Station:	rücksichtslos, fordernd	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr bescheiden
75.	Kontakt zu Mitpatienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5	stark suchend
76.	Stellung d. Mitpat. zum Patienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr zugetan

77. Körpergröße: (cm über 100 bitte rechtsbündig direkt eintragen. Z. B. 172 [7][2])

78. Gewicht in kg nach Aufnahme: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

79. Gewicht in kg vor Entlassung: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

PERSÖNLICHE DATEN DES AUSFÜLLENDEN ARZTES:

80. Geschlecht: männlich(1), weiblich(2)

81. Lebensalter: bis 25 (1), bis 30 (2), bis 35 (3), bis 40 (4), bis 50 (5), bis 60 (6), bis 70 (7), über 70 (8)

82. Status: Medizinalpraktikant(1), Vollassistent(2), Oberarzt(3), Chefarzt(4), niedergel. prakt. Arzt(5), niedergel. Facharzt(6)

83. Ich frage nach den persönlichen und sozialen Problemen meiner Patienten: immer(1), häufig(2), nur bei offensichtlichem Grund(3), selten(4), fast nie(5)

84. Psychiatrische Kenntnisse: keine(1), Facharzt für Psychiatrie und Neurologie(2), Psychiatr. Klinikerfahrung(3)

Für den ausfüllenden Arzt reservierte Spalten zur Verschlüsselung eigener Befunde:

51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80

Familien - Anamnese :

Somatische Familienanamnese

0 = nicht gefragt, bzw. nicht notiert
1 = unauffällig
2 = fraglich psychosomatische Krankheiten
3 = sicher psychosomatische Krankheiten, im ganzen von geringer Bedeutung oder nur ein bis zwei Fälle
4 = grobe, massive psychosomatische Belastung
5 = Allgemeinleiden mit Nervenbeteiligung
6 = innere Krankheiten
7 = gynäkologische Krankheiten
8 = Augen-, Ohren- und Hautkrankheiten
9 = sonstige, Operationen, Tumor unklarere Lokalisation, sonstige unklare oder ungeklärte Krankheiten

Neurologische Familienanamnese

0 = nicht eruierbar, nicht gefragt, nicht notiert
1 = entzündliche oder allergische Prozesse
2 = traumatische Leiden
3 = Degenerativleiden
4 = Tumoren
5 = Mißbildungen
6 = gefäßbedingte Erkrankungen
7 = Encephalitis disseminata
8 = Anfallsleiden wahrscheinlich oder sicher
9 = neurologische Belastung anzunehmen, aber nicht näher definiert

Psychiatrische Familienanamnese

0 = nicht gefragt, bzw. nicht notiert
1 = Auffälligkeiten nicht bekannt
2 = Verdacht (Psychosen und Neurosen) bei Großeltern und anderen Verwandten 2. Grades

3 = sicheres Vorkommen (Psychosen und Neurosen) bei Großeltern und anderen Verwandten 2, Grades
4 = Verdacht (Psychosen und Neurosen) bei Eltern, Geschwistern oder Kindern
5 = sicheres Vorkommen (Psychosen und Neurosen) bei Eltern, Geschwistern oder Kindern
6 = gehäuftes Vorkommen von sicheren Neurosen, Psychopathien oder Perversionen
7 = gehäuftes Vorkommen von sicheren Psychosen, schwere familiäre Belastung
8 = " psychiatrische Belastung" ohne nähere Definition
9 = Belastung von uns vermutet, aber nicht bewiesen

Differenzierte psychosomatische Eigenanamnese :

Magen- Darm- Bereich

0 = nicht gefragt, vergessen, nicht berücksichtigt
1 = sicher nicht oder doch höchstwahrscheinlich nicht vorhanden
2 = leichte, unklare, zu vernachlässigende Störungen
3 = relevante, aber unklare Störungen
4 = gastro- duodenal Erkrankungen, funktionell
5 = Ulcus pepticum (Magen, Zwölffingerdarm)
6 = habituelle Obstipation
7 = Colitis ulcerosa
8 = häufig Diarrhoen
9 = Carcinome und Sonstiges

Veränderungen des Blutdrucks

0 = nicht gemessen, nicht bekannt, nicht festgestellt
1 = fragliche Neigung zu Hypertonie
2 = sicherer Hypertonus, labil, nicht gravierend
3 = juveniler Hypertonus
4 = Hypertonie als relevantes Leiden
5 = fragliche Neigung zu Hypotonie

6 = sichere Neigung zu Hypotonie
7 = Hypo- und Hypertonie bekannt
8 = orthostatische Anfälle, Synkopen

Allergosen

0 = nicht gefragt, nicht notiert oder dergleichen
1 = sicher oder höchstwahrscheinlich nicht vorhanden
2 = Asthma bronchiale
3 = Urticaria
4 = Heuschnupfen
5 = sonstige (außer Hautkrankheiten)
6 = mehrere (außer Hautkrankheiten)

Hautkrankheiten

0 = nicht gefragt, nicht notiert oder dergleichen
1 = sicher nicht oder höchstwahrscheinlich nicht vorhanden
2 = Ekzeme, Milchschorf
3 = Neurodermitis
4 = Psoriasis vulgaris
5 = Alopecia areata oder totalis
6 = sonstige oder mehrere

Adipositas

0 = nicht gefragt, Gewicht nicht gemessen, nicht notiert
1 = fragliche oder leichte Neigung zu Adipositas
2 = erhebliche, mittelgradige, noch nicht sicher pathologische Adipositas
3 = sichere Adipositas
4 = schwere, ins Gewicht fallende Adipositas
5 = sicher keine Körpergewichtsprobleme
6 = fragliche oder leichte Magersucht
7 = geringe bis mittlere Neigung zu Untergewichtigkeit
8 = klinisch relevante Neigung zu Untergewichtigkeit
9 = schwere und schwerste Magersucht

Schilddrüsen- Erkrankungen und andere endokrine Leiden

0 = nicht gefragt, nicht notiert
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fragliche Hyperthyreose
3 = sichere Hyperthyreose
4 = sichere schwere oder schwerste Hyperthyreose
5 = fragliche Hypothyreose
6 = sichere Hypothyreose
7 = sichere schwere oder schwerste Hypothyreose
8 = fragliche sonstige endokrine Leiden
9 = sichere sonstige endokrine Leiden (Gonaden, Hypophyse, Nebennieren)

Herz- und Kreislaufkrankheiten

0 = nicht gefragt, nicht notiert
1 = sicher nicht vorhanden
2 = Verdacht auf allgemeine oder cerebrale Gefäßprozesse
3 = sichere generalisierte oder cerebrale Gefäßprozesse
4 = cerebrale Verschlußkrankheit erwiesen
5 = apoplektischer Insult unklarer Ätiologie, aber wahrscheinlich oder sicher gefäßbedingt
6 = sicherer ischämischer Insult
7 = funktionelle Herz- Kreislaufstörungen
8 = sicherer Herzfehler
9 = sonstige Herz- Kreislauf- Krankheiten und Störungen

<u>Neurologische Diagnose - Organische Nervenleiden :</u>

Lokalisation

0 = nicht gefragt, nicht notiert
1 = cerebral, einschließlich Epilepsie
2 = spinal
3 = cerebrospinal
4 = radiculär, Plexus
5 = peripher- nerval (z.B. Mononeuritis)

6 = Polyneuritis
7 = sonstige

Ätiologie

0 = nicht gefragt, nicht daran gedacht
1 = unbekannt
2 = genetisch, erblich
3 = traumatisch
4 = entzündlich
5 = degenerativ
6 = vasculär
7 = Tumor
8 = seniler Abbau
9 = sonstige, Kombinationen

Psychiatrische Diagnoseklassen (nach führendem Moment)

0 = nicht berücksichtigt
1 = sicher nichts Psychopathologisches
2 = cerebral organisches Psychosyndrom (einschließlich Schwachsinn)
3 = endogen
4 = psychopathologisch-neurotische Syndrome
5 = psychosomatische Syndrome
6 = Psychome (psychische Begleiterscheinungen körperlicher Krankheiten außer cerebral-organischen psychischen Symptomen)
7 = endogen und psycho-soziogen
8 = cerebrale und psycho-soziogene Symptomatik
9 = endogen und cerebral (z.B. Depression im Senium mit deliranten Verwirrtheitszuständen)

Spezielle Therapie :

Differenzierung der Psychopharmacotherapie (PÖLDINGER und SCHMIDLIN)

0 = nicht bekannt
1 = bekanntermaßen oder sicher nicht verabreicht
2 = durchgeführt, Mittel unbekannt oder unsystematisch verabreicht, jedenfalls nicht verwertbar
3 = systematisch Phenothiazine (Neuroplegion), stark oder stärker wirksame psychotrop- dämpfende Mittel (Megaphen,Neurocil, Truxal, Melleril,u.a.)
4 = leichte psychotrop- dämpfende Mittel (Miltaun, Tranquilizer)
5 = Imipramin, Tofranil Pertofran, Insidon, u. a.
6 = Tryptiline (AG-Texa, Tryptizol, Laroxyl)
7 = Diacepoxide (Librium, Valium, Adumbran, Mogadan)
8 = mehrere, mindestens zwei verschiedene Psychopharmaca (z.B. Megaphen-Atosil, Tofranil-Atosil, Tryptizol-Librium), auch sonstige kombinierte Psychopharmakatherapie (z.B. 3-4 oder mehrere verschiedene psychotrop wirksame Medikamente auf einmal oder abwechselnd
9 = sonstige, für den Fall relevante, bislang noch nicht erfaßte Psychopharmacotherapie

Kombinationstherapie

0 = nicht bekannt
1 = nur eine Methode angewandt (z.B. nur Elektroschock oder nur Insulinkur)
2 = nur ein Psychopharmacon
3 = systematisch zwei Psychopharmaka (z.B. Tryptizol und Librium oder Tofranil und Atosil)
4 = systematisch Pharmakotherapie und Schocktherapie (Insulin- oder Elektroschock)
5 = systematisch somatische (psychiatrische Verfahren) und Psychotherapie irgendeiner Form, einschließlich gezielter psychagogischer Gespräche

Erfolg : Therapeutischer Eindruck unter Berücksichtigung objektiver und subjektiver Momente

0 = nicht erwähnt, übersehen, rein diagnostischer Fall
1 = Nebenwirkungen überwiegen oder keine Wirkung
2 = leichte, aber nicht wesentliche Besserung
3 = deutlich, aber nur mäßig gebessert
4 = gut gebessert
5 = sehr gut gebessert, praktisch symptomlos
6 = positiver Erfolg ausschließlich auf das Psychosyndrom, insbesondere also nicht befriedigend
7 = positiver Erfolg ausschließlich auf das somatische Syndrom (psychosomatisch oder neurologisch)
8 = positiver Erfolg auf psychische und somatische Symptome ausgeprägt
9 = unterschiedliche oder besondere Wirkung auf psychische und körperliche Symptome ist fragwürdig oder kompliziert, im Einzelfall noch nachzusehen

Spezielle neurosenpsychologische Faktoren :

Anhalt für äußere Fehlprägungen, Milieuschäden (höchstens bis zur Pubertät)

0 = nicht gefragt
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = leicht, z.B. gestörte Ehe der Eltern; Wechsel des Wohnortes; Mutter berufstätig
4 = mittelgradig, z.B. Ehescheidung nach dem 6. und 7. Lebensjahr; mäßige Trunksucht des Vaters oder der Mutter; Mutter ein Jahr lang in einer Heilanstalt; gröbere psychopathische oder leicht psychotische Mutter
5 = schwer, z.B. Fehlen eines Elternteiles in den ersten sechs Lebensjahren länger als ein Jahr; Ehescheidungen in den ersten sechs Lebensjahren; grob psychotische Eltern; Inzest

Stellung in der Geschwisterreihe

0 = nicht bekannt
1 = Einzelkind
2 = erstes von drei und weniger Kindern
3 = erstes von vier und mehr Kindern
4 = mittleres von drei Kindern
5 = mittleres von vier und mehr Kindern
6 = letztes von drei und weniger Kindern
7 = letztes von vier und mehr Kindern
8 = Nachkömmling (praktisches Einzelkind, Abstand über 5 - 6 Jahre)
9 = Geschwister vorhanden, Reihenfolge unbekannt

Soziologische Fakten der Familie

0 = nicht näher bekannt
1 = Kleinfamilie
2 = Großfamilie
3 = Niveau gleichbleibend
4 = Aufstiegsfamilie
5 = Abstiegsfamilie
6 = uneheliches Kind (Patient selbst)
7 = Kleinfamilie und Aufstieg
8 = Kleinfamilie und Abstieg
9 = Großfamilie und Aufstieg

Triebdynamisch wirksame spezielle Einwirkungen in der Kindheit :

Spezielle psychoanalytische Momente

0 = nicht näher bekannt
1 = oral- kaptative Besonderheiten (Sparsamkeit, Armut, Askese oder das Gegenteil)
2 = aggressive Besonderheiten (Bescheidenheit, Gegensatz von Ehrgeiz, Demut oder das Gegenteil)
3 = erotisch- sexuelle Besonderheiten (Prüderie, antisexuelle Haltung oder das Gegenteil)

4 = besonders 1 und 2
5 = besonders 2 und 3
6 = besonders 1 und 3
7 = 1-3
8 = entsprechende Fehler oder Fehleinwirkungen unwahrscheinlich
9 = entsprechende Einwirkungen sicher nicht vorhanden

Schlaf- Wach-Besonderheiten

0 = nichts Besonderes bekannt
1 = sicher nichts Besonderes, d.h. gute Voraussetzungen für ausreichenden Schlaf
2 = Verdacht auf Schädigung
3 = sichere leichte Schädigung, z.B. öfters Fernsehen; öfters spät ins Bett; aus diesem Grund morgens immer recht müde
4 = mittlere Schädigung (Fernsehen, asoziales Milieu, grobe Erziehungsfehler, Trunkenheit der Eltern)
5 = schwere und schwerste Schädigungen

Motorik - Sport - Gymnastik

0 = nichts Besonderes bekannt oder eruiert
1 = motorisch erheblich inhibiert, vom Turnen befreit (eventuell wegen Krankheit)
2 = motorisch leicht inhibiert
3 = ein bißchen Sport, einigermaßen Durchschnitt
4 = sportlich angeregt
5 = Sport spielt in der Familie eine große Rolle

Religion (einschließlich definierter metaphysischer Haltungen, "philosophischer Glaube"

0 = nicht bekannt
1 = sehr religionsfeindlich, fanatische Christenfeinde
2 = leicht oder mäßig religionsfeindlich
3 = indifferent, einschließlich Atheisten ohne besonderen Affekt

4 = leicht bis mittelgradig gläubig, religiös
5 = betont religiös

Syndrome Shift und Katagenese :

Syndrome Shift
0 = nicht bekannt
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = sicher vorhanden, aber leicht oder selten
4 = mäßig ausgeprägt
5 = sicher und relevant

Syndrom - Synchronizität
0 = nicht bekannt
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = sicher vorhanden, aber leicht oder selten
4 = mäßig ausgeprägt
5 = sicher und relevant

Syndrome Suppression
0 = nicht gefragt, nicht bekannt
1 = sicher nicht vorhanden
2 = fraglich
3 = sicher vorhanden, aber nur leicht ausgeprägt
4 = mäßig ausgeprägt
5 = sicher und relevant

Ursachen von Shift und Suppression (wahrscheinliche oder mögliche)
0 = nicht eruiert, nicht beachtet
1 = cerebral- neurogene (Tumorwachstum, Hirnatrophie)
2 = psycho-soziogene (besondere Erlebnisse, Milieu-wechsel)

3 = endogene,essentielle, konstitutionelle Ursachen (Schizophrenie, Neurodermitis, essentieller Hypertonus)
4 = Psychotherapie (als ausschließliche Therapie)
5 = kombinierte psychiatrische Therapie (Psychopharmaco-Therapie, Elektro- oder Insulin-Schock, Psychagogik)
6 = ausschließlich Psychopharmaco-Therapie
7 = chirurgische Eingriffe (speziell Gastrektomie, Kolektomie, Strumektomie,Hirntumor-Operation)
8 = Psychochirurgie, Eingriffe am Vagus, Sympathicus
9 = sonstige Therapie (Hormonbehandlung, Cortisone, Bestrahlung) oder andere Ursachen

Katagenese :

Psycho - Katagenese

0 = nicht bedacht, nicht gefragt, nicht notiert
1 = sicher nicht
2 = fraglich
3 = sichere Anhalte,aber von geringer Überzeugungskraft
4 = deutliche,relevante Hinweise (z.B. erste Symptome einer multiplen Sklerose nach erstem Koitus ; erster Anfall eines Asthmas zwei Stunden nach Beerdigung der Mutter bei vorbestehender asthmatoider Bronchitis
5 = positiver Extremfall, wie bei LÓPEZ IBOR erwähnt (Torsionsdystonie nach symbolischer Kopfdrehung in einer Gerichtsverhandlung; auch endogenen Psychosen analoge Fälle; der Anlaß, bzw. das katagenetische Moment muß aber ein psychosoziogenes sein)

Somato - Katagenese

0 = nicht bedacht, gefragt, notiert
1 = sicher nicht

2 = fraglich
3 = sichere Anhalte, aber von geringer Überzeugungskraft
4 = deutliche, relevant anmutende Hinweise
(z.B. endogene Psychose einige Tage nach sicherer erheblicher Kopfprellung manifestiert)
5 = positiver Extremfall analog der Psycho - Katagenese
Das katagenetische Moment muß grob und eindeutig somatogen sein, z.B. perforiertes Magengeschwür mit unmittelbar anschließender psychopathologischer Symptomatik; endogene Depression unmittelbar nach einem Herzinfarkt

Als Einzelfall wissenschaftlich zu verwerten

0 = nicht bedacht, nicht erwähnt
1 = eventuell am Rande, unter anderem
2 = im Rahmen einer größeren Serie zu erwähnen
3 = von einiger Bedeutung für kleinere Fallserien
4 = interessanter, jedenfalls zu publizierender Fall
5 = Extremfall, als Einzelfall publikationswürdig

Herrn Prof. Dr. med. H. Jacob danke ich für die Erlaubnis, an der Universitäts- Nervenklinik arbeiten zu dürfen.

Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Ehrhardt bin ich für die freundliche Übernahme des Correferates zu Dank verpflichtet.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. U. Spiegelberg für die Bereitstellung des Themas, seine Beratung und die Übernahme des Referates.

Lebenslauf :

Am 19. April 1944 wurde ich, Monika Feigenspan, als Tochter des Landgerichtsdirektors Paul Feigenspan und seiner Ehefrau Hildegard, geborene Fritz, in Aurich/ Ostfriesland geboren. Ostern 1950 wurde ich in die Volksschule Aurich eingeschult. Von 1954 bis 1957 besuchte ich das Gymnasium Ulricianum in Aurich, ab 1958 die Goetheschule in Hildesheim, an der ich am 21. Februar 1963 die Reifeprüfung ablegte. Im Sommersemester 1963 begann ich das Studium der Medizin an der Universität Bonn. Am 17. April 1964 bestand ich die naturwissenschaftliche Vorprüfung; am 26. Oktober 1965 legte ich in Bonn die ärztliche Vorprüfung ab. Im Wintersemester 1965/ 1966 setzte ich das Studium an der Universität Marburg fort und studierte im Sommersemester 1966 an der Universität Wien. Im Wintersemester 1966/ 1967 immatrikulierte ich mich wieder an der Universität Marburg. Am 24. Januar 1969 bestand ich dort das medizinische Staatsexamen.

Meine akademischen Lehrer waren die Damen und Herren Professoren und Dozenten:

in Bonn: Daneel, Dirscherl, Egli, Goslar, Hagen, Herrmann, Jahn, Passoth, Pichotka, Schmitz- Du Mont, Schriefers, Schuhmacher, Steudel, Streckel, Tonutti, Tschesche.

in Wien: Antoine, Boeck, Deutsch, Kunz, Langer, Neuhold, Novotny, Tappeiner.

in Marburg: Beckmann, Behrend, Bommer, Buchholz, Cleve, Deicher, Dellbrück, Dittrich, Dölle, Exner, Gedigk, Hamm, Hardewig, Herrmann, Hildebrandt, Jacob, Knauff, Lang, Linneweh, Löhr, Mann, Martini, Marx, du Mesnil de Rochemont, Pots, Rodeck, Rohen, Sauer, Schirren, Schleyer, Schmid, Schrappe, Schwaiger, Siegert, Siess, Spiegelberg, Staib, Streicher, Strohmeier, Willenbockel, Würterle.